BestMasters

RESEARCH

Tobias Kisch

Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

Studie zu ambulanten Operationen in Plastischer Chirurgie und Handchirurgie

OPEN ACCESS



BestMasters

Mit **„BestMasters“** zeichnet Springer die besten Masterarbeiten aus, die an renommierten Hochschulen in Deutschland, Österreich und der Schweiz entstanden sind. Die mit Höchstnote ausgezeichneten Arbeiten wurden durch Gutachter zur Veröffentlichung empfohlen und behandeln aktuelle Themen aus unterschiedlichen Fachgebieten der Naturwissenschaften, Psychologie, Technik und Wirtschaftswissenschaften. Die Reihe wendet sich an Praktiker und Wissenschaftler gleichermaßen und soll insbesondere auch Nachwuchswissenschaftlern Orientierung geben.

Springer awards **"BestMasters"** to the best master's theses which have been completed at renowned Universities in Germany, Austria, and Switzerland. The studies received highest marks and were recommended for publication by supervisors. They address current issues from various fields of research in natural sciences, psychology, technology, and economics. The series addresses practitioners as well as scientists and, in particular, offers guidance for early stage researchers.

Tobias Kisch

Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V

Studie zu ambulanten Operationen in Plastischer Chirurgie und Handchirurgie



Tobias Kisch
Lübeck und Kiel, Deutschland



ISSN 2625-3577 ISSN 2625-3615 (electronic)
BestMasters
ISBN 978-3-658-39032-7 ISBN 978-3-658-39033-4 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Planung/Lektorat: Marija Kojic
Springer Gabler ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH und ist ein Teil von Springer Nature.
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Die männliche Form wurde in dieser Arbeit aus Gründen der Lesbarkeit gewählt, die Angaben beziehen sich allerdings auf Angehörige aller Geschlechter. Die auf verschiedenen Musterweiterbildungsordnungen basierenden Facharztbezeichnungen „Facharzt für Plastische Chirurgie", „Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie" und „Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie" wurden in dieser Arbeit der Einfachheit halber als „Facharzt für Plastische Chirurgie" bezeichnet.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

AGMF	Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktor
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AOP	Ambulantes Operieren / Ambulante Operation
AQUIK	Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen
BÄK	Bundesärztekammer
BDC	Berufsverband der Deutschen Chirurgen
BKK	Betriebskrankenkasse
BMC	Bundesverband Managed Care
BMF	Bundesministerium der Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag – Ärzte
BPL-RL	Bedarfsplanungs-Richtlinie
BSG	Bundessozialgericht
BV	Besondere Versorgung
CI	Confidence interval
CRPS	Complex regional pain syndrome
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DGCH	Deutsche Gesellschaft für Chirurgie
DeQS-RL	Richtlinie zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung
DGH	Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krankenhaus Gesellschaft
DMP	Disease-Management-Programme
DRG	Diagnosis-related group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab

EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EGV	Extrabudgetäre Gesamtvergütung
EN	Europäische Norm
EPA	Europäisches Praxisassessment
(e)ZAP	(elektronische Patientenbefragung zur) Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung
FEBHS	Fellow of the European Board of Hand Surgery
FEBOPRAS	Fellow of the European Board of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery
FESSH	Federation of European Societies for the Surgery of the Hand
G-AEP	German Appropriateness Evaluation Protocol
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-FinStG	GKV-Finanzstabilisierungsgesetz
GKV-FKG	GKV-Fairer-Kassenwettbewerb-Gesetz
GKV-GRG	GKV-Gesundheitsreformgesetz
GKV-NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
GOP	Gebührenordnungsposition
GPVG	Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HEK	Hanseatische Krankenkasse
hkk	Handelskrankenkasse
HNO	Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
HVM	Honorarverteilungsmaßstab
I50	Interquartilsabstand
IB	Individualbudget
ICD	International Classification of Diseases
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IKK	Innovationskasse
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
IQTIG	Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen
ISO	Internationale Norm
IT	Informationstechnologie
IV	Integrierte Versorgung

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KPQM	KV Praxis Qualitätsmanagement
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVP	kontinuierlicher Verbesserungsprozess
LBF-AGM	Leistungsbedarfsfaktor für Alter-Geschlecht-Morbidität
LIPLEG	Multicentre, Controlled, Randomized, Investigator-blinded Clinical Trial on Efficacy and Safety of Surgical Therapy of Lipedema Compared to Complex Physical Decongestive Therapy Alone
LSG	Landessozialgericht
MD	Medizinischer Dienst
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MGV	Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
MHBA	Master of Health Business Administration
MKG	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
MP	Metacarpophalangealgelenk
MQA	Mittlerer Quartilsabstand
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OP	Operation / Operationssaal
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level
PDCA	Plan, Do, Check, Act
PIP	Proximales Interphalangealgelenk
PKV	Private Krankenversicherung
QDK	Quartilsdispersionskoeffizient
QEP	Qualität und Entwicklung in Praxen
QisA	Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung
QM	Qualitätsmanagement
qu.no	Qualitätsmanagement-System der KV Nordrhein
QZV	Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina
RLV	Regelleistungsvolumen
RSA-Reform	Risikostrukturausgleich-Reform
RV	Regelversorgung
SAP	Systems Applications and Products in Data Processing
SBK	Siemens-Betriebskrankenkasse

SGB	Sozialgesetzbuch
SNZ	Schnitt-Naht-Zeit
SSB	Sprechstundenbedarf
TK	Techniker Krankenkasse
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
VBU	Verkehrsbau Union
vdek	Verband der Ersatzkassen
WALANT	Wide Awake Local Anesthesia No Tourniquet
WHO	World Health Organization
XFDF	XML Forms Data Format

Abbildungsverzeichnis

Tabellenverzeichnis



1 Einleitung

1.1 Die Besondere Versorgung

Das deutsche Gesundheitssystem wird in seiner aktuellen Form als nicht zukunftsfähig angesehen. Die derzeitigen Vergütungssysteme erlauben es kaum Sektorengrenzen aufzubrechen. Es existieren nur spärlich Anreize für Leistungserbringer zu echter Ergebnisqualität. Zukünftige Versorgungsbedürfnisse der Bevölkerung werden nicht abgebildet. (1)

Der Gesetzgeber hat 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (GKV-NOG) die rechtliche Grundlage geschaffen, neue Konzepte und innovative Versorgungsangebote zur Weiterentwicklung der Versorgung im Rahmen von Modellvorhaben nach §§ 63-65 SGB V zu erproben. Im 2000 umgesetzten GKV-Gesundheitsreformgesetz (GKV-GRG) wurde mit § 140a-h SGB V ermöglicht, dass sektorenübergreifende Verträge als „Integrierte Versorgung“ (IV) zwischen Krankenkassen, Krankenhausträgern, Ärzteverbünden und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) geschlossen werden konnten. Zwei Jahre später konnten durch die Risikostrukturausgleich-Reform (RSA-Reform) Disease-Management-Programme (DMPs) zur sektorenübergreifenden, leitlinienbasierten Behandlung bestimmter chronischer Erkrankungen nach § 137f-g SGB V umgesetzt werden. Seit 2004 sollte die IV durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) grundsätzlich außerhalb des Sicherstellungsauftrags der KVen organisiert werden. Somit wurde der individualvertragliche Charakter der Selektivverträge gestärkt. Einzelne Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZs) und Managementgesellschaften konnten nun Vertragspartner der Krankenkassen werden. Weitergehend wurde die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Die Krankenkassen wurden zunächst berechtig bis zu 1 % der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für die IV einzubehalten. Seit 2007 konnten durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*,
BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_1

(GKV-WSG) Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, seit 2011 auch Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller in die IV eingebunden werden. (2) 2015 wurde durch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) die Nomenklatur der IV in „Besondere Versorgung“ (BV) überführt. Im Jahr 2021 wurde durch das Gesetz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und Pflege (GPVG) die Einbeziehung weiterer Vertragspartner ermöglicht, nämlich Anbietern von digitalen Diensten und Anwendungen, privaten Kranken- und Pflegeversicherungen, Berufs- und Interessenverbänden der Leistungserbringer und sogar nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer. Darüber hinaus wurde die Nachweispflicht der Wirtschaftlichkeit vier Jahre nach Wirksamwerden der Verträge entfernt.

Durch das BSG-Urteil vom 27.01.2021 wurde klargestellt, dass in Selektivverträgen der BV auch OP-Verfahren vereinbart werden dürfen, die nicht im Kapitel 31.2 in Verbindung mit Anhang 2 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) oder dem Leistungskatalog des AOP-Vertrags nach § 115b Abs. 1 SGB V enthalten sind, weil eben gerade die eigenständigen Vergütungsstrukturen und der Verzicht auf die Vorgaben des EBM als wesentlicher Bestandteil des Gestaltungsspielraums von Verträgen nach § 140a SGB V angesehen werde. Damit wurde das Ziel der BV, innovative Verfahren aus dem stationären in den ambulanten Bereich zu überführen („Ambulantisierung“), nochmals gestärkt und gleichzeitig die Beschränkung der Zulassung beteiligter Vertragsärzte auf die im Leistungskatalog aufgeführten Operationen aufgehoben. (BSG, Urteil vom 27.01.2021 – B 6 A 1/20 R)

Die Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik mit ihrer regelmäßigen Anpassung deutet auf einen Trend neuartiger Zusammenarbeit und Versorgung außerhalb der starren Regelversorgung (RV) hin. Wettbewerbsorientierte Strukturveränderungen anstelle von Kostendämpfungsstrategien (z. B. durch Budgetierungen) sollen die Versorgungsqualität, die Wirtschaftlichkeit und die Patientenorientierung verbessern. (2, 3)

Dass die Rahmenbedingungen verbessert wurden, spiegelt sich in der kontinuierlichen Zunahme an Leistungsfällen der ambulanten ärztlichen BV wider (Abb. 1.1).

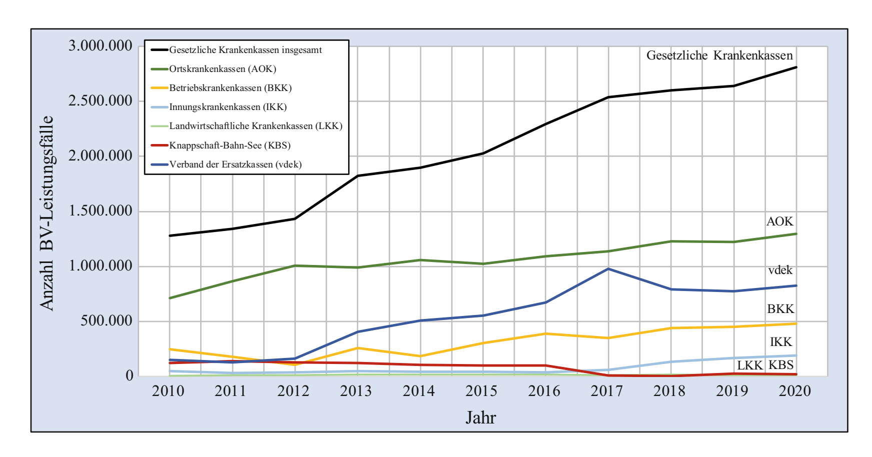


Abbildung 1.1 BV-Leistungsfälle in der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung. (Eigene Darstellung nach (4))

1.2 Herausforderungen in der ambulanten Plastischen Chirurgie und Handchirurgie

Elektive handchirurgische Eingriffe und Eingriffe an der Körperoberfläche gehören zu den häufigsten ambulanten Operationen außerhalb des Krankenhauses. Aktuellere als die zuletzt im Jahr 2015 von der KBV in einem Sonderthema zu den Honorarberichten veröffentlichten Daten von 2014 sind diesbezüglich aktuell nicht verfügbar. Mit 24,8 % waren in dem Jahr operative Eingriffe an der Körperoberfläche die zweithäufigsten über EBM abgerechneten ambulanten Eingriffe, gefolgt von 11,3 % arthroskopischen, 7,9 % Extremitäten- und 5,4 % Knochen- und Gelenkeingriffen. (5) Insbesondere Exzisionen mit primärem Wundverschluss, Karpaldachspaltungen, Entfernung von Ganglien an der Hand, Tenolysen der Beugesehnen der Langfinger und die radikale Exzision von Tumoren an der Hand fanden sich auch 2012 unter den ersten 12 Rängen. (6) Im AOP-Katalog aus dem Jahr 2022 sind in Kapitel 1 der Kategorie 1 (in der Regel ambulant erbrachte Leistungen) insgesamt 1.168 und in der Kategorie 2 (ambulante als auch stationäre Durchführung möglich) 1.541 OPS-Codes hinterlegt. In Kategorie 1 fallen ca. 30 % in das handchirurgische und ca. 25 % in das plastisch-chirurgische, in Kategorie 2 ca. 20 % in das handchirurgische und ca. 30 % in das plastisch-chirurgische Spektrum. (7)

Das Patientengut besteht zum Großteil aus älteren Patienten. Auf Grund der alternden Bevölkerung werden die ambulant zu operierenden handchirurgischen und plastisch-chirurgischen Fälle in der Zukunft mit großer Wahrscheinlichkeit noch weiter zunehmen. Innerhalb der letzten 10 Jahre ist der Anteil ambulanter Operationen außerhalb des Krankenhauses von GKV-versicherten Rentnern, Rentenantragstellern und ihren mitversicherten Familienangehörigen bereits um 4,4 % gestiegen (Abb. 1.2). (8)



Abbildung 1.2 Anteil ambulanter Operationen (AOPs) außerhalb des Krankenhauses GKV-versicherter Rentner und Rentenantragsteller sowie mitversicherter Familienangehöriger bezogen auf ambulante Operationen GKV-Versicherter insgesamt. (Eigene Darstellung nach (8))

Trotzdem zeichnet sich auf Grund des zunehmenden Drucks durch die schlechte Vergütung bei gleichzeitig steigenden Kosten (9, 10) und der schlechten Planbarkeit und Liquidität durch zeitversetzte Leistungsvergütung (11) eine Stagnation bzw. sogar ein Rückgang der anfänglich rasant gestiegenen Anzahl an ambulanten Operationen sowohl außerhalb des Krankenhauses durch Vertragsärzte als auch im Krankenhaus ab (Abb. 1.3–1.5). (12) Das Problem betrifft bereits die Zeit vor der Corona-Pandemie.

Gerade in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie bestehen enorme Unterschiede in der ambulanten und stationären Vergütung gleicher Leistungen, die prinzipiell sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. Das Problem wird als zentrales Steuerungsdefizit in der Versorgung gewertet, mit der Konsequenz von Fehlanreizen, die wiederum zur Erhöhung der stationären Fallzahlen potentiell ambulant zu erbringender Leistungen führen. (14)

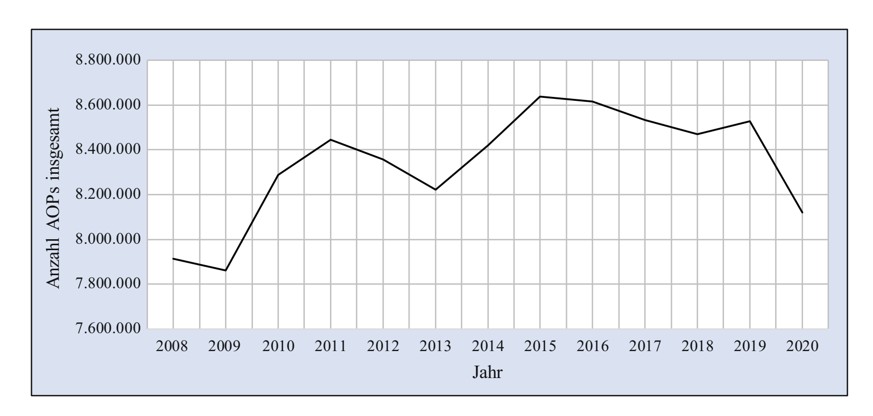


Abbildung 1.3 Ambulante Operationen der GKV insgesamt. (Eigene Darstellung nach (8))

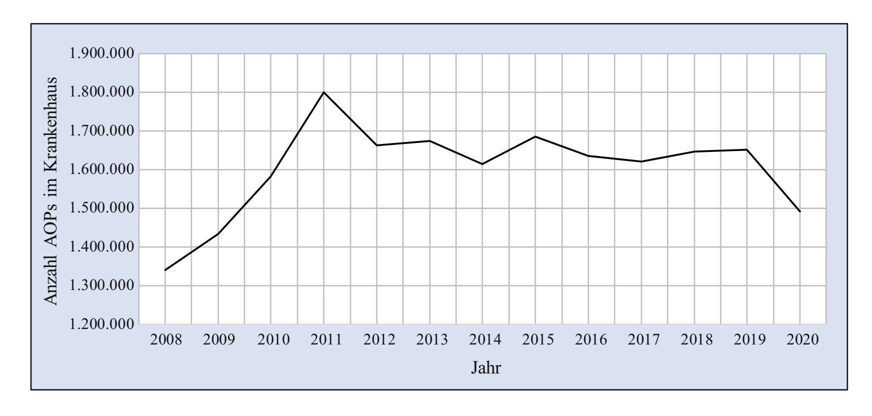


Abbildung 1.4 Ambulante Operationen im Krankenhaus. (Eigene Darstellung nach (13))

Für qualitativ hochwertige Ergebnisse fehlen Anreize in der Regelversorgung, denn hohe Fallzahlen sind im derzeitigen System lukrativer als eine ergebnisqualitätsorientierte Leistungserbringung. Die derzeit vorherrschenden ambulanten Vergütungsregeln werden von niedergelassenen Ärzten als hochbürokratisch (15), informationsüberflutet und intransparent angesehen. (16)

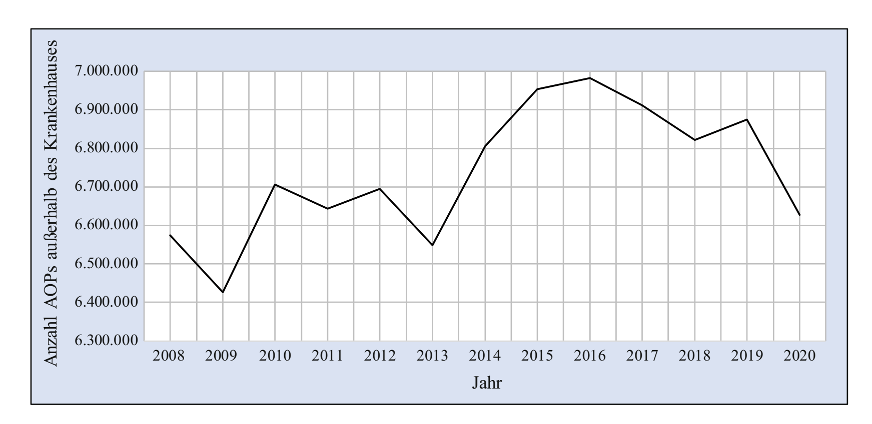


Abbildung 1.5 Ambulante Operationen außerhalb des Krankenhauses. (Eigene Darstellung nach (8, 13))

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht sind die Abstaffelung in der Vergütung bei Überschreiten des individuellen Regelleistungsvolumens (RLV) bzw. Individualbudgets (IB) zur Mengenbegrenzung (die durchschnittliche Auszahlungsquote lag 2017 bei 91 % für Leistungen in der MGV) sowie die zeitversetzte (häufig erst drei bis vier Monate nach Quartalsende) Honorarvergütung der erbrachten Leistungen und mögliche Honorarkürzungen bis zwei Jahre später mit folglich Planungs- und Liquiditätsproblemen für niedergelassene Chirurgen desaströs. (11, 17) Um eine Mengenausweitung medizinischer Leistungen zu unterbinden sind Mengenbegrenzungen jedoch von enormer Bedeutung für die Verteilung der begrenzten finanziellen Mittel des Gesundheitsfonds (Abb. 1.6).

Die extrabudgetäre Vergütung operativer Tätigkeit ist daher für vertragsärztliche Chirurgen von enormer Bedeutung. Außerdem ist es wichtig, dass notwendige Operationen durchgeführt und nicht auf Grund einer Abstaffelung, wie sie in der MGV vorliegt, unterlassen werden. Nichtsdestotrotz scheint die Vergütung in der GKV die finanziellen Risiken der vertragsärztlichen Chirurgen aktuell nicht abfangen zu können, denn die Einnahmen aus Kassenabrechnungen decken bei weitem nicht die Aufwendungen, die von 2015 bis 2019 von 55,2 % auf 61,4 % gestiegen sind. Weitergehend sind die Reinerträge chirurgischer Einzelpraxen im Fachgruppenvergleich mit minus 9,4 % innerhalb von 4 Jahren als einzige gefallen. Dabei liegt der Aufwendungsanteil gemessen an den Einnahmen in chirurgischen Praxen knapp hinter denen radiologisch-nuklearmedizinisch-strahlentherapeutischer Praxen und ist demnach sehr hoch

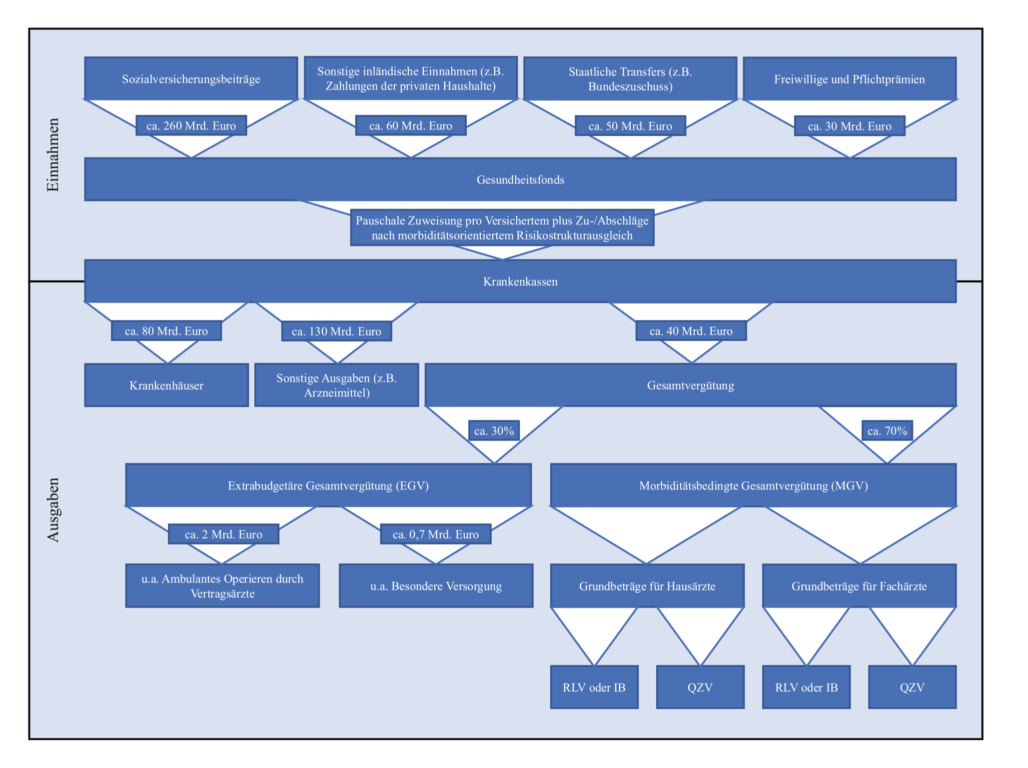


Abbildung 1.6 Finanzströme in der GKV. (Eigene Darstellung nach (17–20). Ambulante Operationen und die BV werden aus Mitteln der EGV finanziert. Für ambulante Operationen durch Vertragsärzte werden jährlich ca. 1 Mrd. Euro (0,4 % der Krankenkassenausgaben) aufgebracht, für die BV (zahlreiche Leistungen, u. a. ambulante Operationen) ca. 0,7 Mrd. Euro. Die vertragsärztliche Versorgung kostet ca. 40 Mrd. Euro, während der größte Ausgabenanteil mit ca. 80 Mrd. Euro auf den stationären Sektor fällt)

(Tabelle 1.1). Für vertragsärztlich tätige Chirurgen ist demnach die Erbringung privatärztlicher Leistungen und Selbstzahlerleistungen essentiell, damit sie ihre Kosten decken können. Der Aspekt widerspricht dem Grundsatz, dass Vertragsärzte nach Deckung der Aufwendungen mit einem kalkulatorischen Arztlohn durch die GKV angemessen und am Leistungsgeschehen orientiert vergütet werden. (21, 22) Das IGES-Institut hatte diese Unverhältnismäßigkeit in seiner Expertise im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes „Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs“ bereits im Jahr 2007 bemängelt. (23)

Dem medizinischen und juristischen Risiko, dem vertragsärztlich tätige Chirurgen ausgesetzt sind, kommt demnach auch ein erhebliches finanzielles Risiko hinzu, wenn die Erbringung privatärztlicher Leistungen oder Selbstzahlerleistungen abnimmt oder wegfällt. In Zusammenschau mit Problematiken wie hochpreisigen Berufshaftpflichtversicherungen, die insbesondere Plastische Chirurgen treffen (25), kann derzeit eine solide finanzielle Sicherheit für ambulant operierende Vertragsärzte in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie in Frage gestellt werden. In welcher Hinsicht die BV derartige Herausforderungen der RV abfedern kann, soll eine Evaluation aus der Perspektive der Leistungserbringer in Plastischer Chirurgie und Handchirurgie klären.

1.3 Zielsetzung und Forschungsfragen

Um eine Einschätzung der Bedeutung der BV in der vertragsärztlichen plastisch-chirurgischen und handchirurgischen Versorgung sowie ihrer Vorteile hinsichtlich aktueller Herausforderungen in der RV vornehmen zu können, wurde im Rahmen dieses Forschungsprojektes eine Evaluation mit Hilfe von Fragebögen durchgeführt. Es wurden Daten der BV-Teilnehmer und aktueller BV-Projekte, die Wirtschaftlichkeit sowie Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität untersucht. Damit eine passende Stichprobe der Zielgruppe erreicht werden konnte, erfolgte vorher die Erfassung aktueller Projekte durch Kontaktierung der größten Krankenkassen und AOKs, der KVen, Managementfirmen und eine Internetrecherche.

Keine Bestandteile waren die Versorgung und Vergütung durch die Privaten Krankenversicherungen (PKV) oder Selbstzahlerleistungen. Die Arbeit beschränkte sich auf die derzeitige Situation in der GKV in Deutschland, ließ also den globalen Fokus außer Acht. Weitergehend wurden keine populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) BV-Projekte in die Untersuchung eingeschlossen.

Tabelle 1.1 Betriebswirtschaftliche Eckdaten von ärztlichen Einzelpraxen nach Fachgebiet

	Einnahmen aus Kassenabrechnungen		**Aufwendungen**		**Reinertrag***		**Änderung Reinertrag (von 2015 bis 2019)**
Jahr Fachgebiet	2019	2015	2019	2015	2019	2015	
Einzelpraxen insg.	305.451	259.875	211.176	183.750	208.000	191.000	8,9 %
Allgemeinmedizin	323.010	257.433	177.970	147.059	192.000	172.000	11,6 %
Innere Medizin	364.554	310.992	249.159	209.000	222.000	209.000	6,2 %
Gynäkologie und Geburtshilfe	270.276	233.232	195.132	165.808	209.000	179.000	16,8 %
Kinder- und Jugendmedizin	335.268	269.252	201.804	160.688	200.000	171.000	17,0 %
Augenheilkunde	332.242	263.781	279.412	228.483	308.000	249.000	23,7 %
HNO	250.833	205.450	182.952	169.750	180.000	180.000	0,0 %
Orthopädie	213.419	229.152	256.850	257.334	210.000	205.000	2,4 %
Chirurgie, MKG, Neurochirurgie	**270.540**	**254.184**	**307.614**	**262.752**	**193.000**	**213.000**	**–9,4 %**
Dermatologie und Venerologie	233.595	226.674	295.887	213.444	241.000	227.000	6,2 %

(Fortsetzung)

Tabelle 1.1 (Fortsetzung)

	Einnahmen aus Kassenabrechnungen		**Aufwendungen**		**Reinertrag***		**Änderung Reinertrag (von 2015 bis 2019)**
Jahr Fachgebiet	2019	2015	2019	2015	2019	2015	
Radiologie, Nuklearmedizin, Strahlentherapie	804.784	728.160	947.984	932.400	485.000	n.v.	n.v.
Neurologie, Psychiatrie	257.224	226.728	130.508	126.900	185.000	155.000	19,4 %

Eigene Darstellung nach (24)

*Der Reinertrag gibt den Wert der Einnahmen abzüglich der Aufwendungen (Betriebskosten) wieder. Vom Reinertrag sind noch die Kosten für den Praxiskredit, Versicherungsbeiträge (Renten-, Kranken-, Pflege- und Berufshaftpflichtversicherung), Vorsorgebeiträge und die Einkommenssteuer des Arztes abzuziehen, um das eigentliche Arztgehalt zu ermitteln. n.v. = nicht verfügbar.

Die erfassten Daten in der BV sollten mit vorhandenen Daten in der RV im plastisch-chirurgischen und handchirurgischen Fachgebiet verglichen werden, um Übereinstimmungen, Ähnlichkeiten und Unterschiede bestimmen und Verbesserungsvorschläge erarbeiten zu können.

Die Arbeit sollte deshalb im Kern folgende zwei Fragestellungen bearbeiten:

1. Welche Projekte der BV existieren derzeit in der Plastischen Chirurgie und der Handchirurgie in Deutschland?
2. Wie nutzen und bewerten die beteiligten Plastischen Chirurgen und Handchirurgen die BV im Vergleich zur RV?

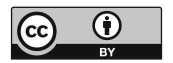
1.4 Gang der Untersuchung

Ausgehend von der vorstehend formulierten Zielsetzung und den Forschungsfragen erfolgt zunächst eine Deskription der BV im Vergleich zur RV, des Weges Plastischer Chirurgen und Handchirurgen in die vertragsärztliche Tätigkeit, die Möglichkeiten des ambulanten Operierens und der Vergütung in der RV. Anschließend wird erläutert, wie die Recherche zu Projekten der BV in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie erfolgte.

Im dritten Kapitel wird die Entwicklung des Fragebogens und die Durchführung des Pretests sowie der empirischen Studie nebst statistischer Auswertung erklärt.

Das vierte Kapitel gibt die Ergebnisse der Erfassung aktueller BV-Projekte in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie aus verschiedenen Perspektiven wieder. Außerdem liefert es die Ergebnisse des Pretests und der empirischen Studie.

Im fünften Kapitel erfolgt eine Schlussbetrachtung, welche die Untersuchungsergebnisse zusammenfasst, kritisch würdigt und einen Ausblick gibt.


cc
BY

2 Deskription der ambulanten Plastischen Chirurgie und Handchirurgie

2.1 Die Besondere Versorgung im Vergleich zur Regelversorgung

2.1.1 Die Ausbildung zum Plastischen Chirurgen und Handchirurgen

Die erworbene Approbation durch das nach der Hochschulreife absolvierte sechsjährige Studium der Humanmedizin dient als Zugangsberechtigung zur Facharztweiterbildung. Die ehemals in Deutschland notwendige Voraussetzung des „Facharztes für Chirurgie“ mit anschließender Zusatzweiterbildung in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie ist durch den Trend der Spezialisierung verändert worden. Der Facharzt für Chirurgie kann nicht mehr erworben werden. Die Facharztweiterbildung wird stattdessen sofort im Fach „Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie“ begonnen. Zwischenzeitlich war die Erlangung des Facharztes für „Plastische und Ästhetische Chirurgie“ möglich, die noch eine obligatorische zweijährige Basisweiterbildung Chirurgie enthielt. Die Facharztweiterbildung Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie ist in der Musterweiterbildungsordnung Teil des Gebietes Chirurgie, welches die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_2.

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*, BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_2

Bewegungsorgane sowie der Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie umfasst. Die mindestens sechsjährige Weiterbildungszeit muss eine Tätigkeit von jeweils einem halben Jahr Notaufnahme und Intensivstation beinhalten. Ein Fremdjahr in anderen Gebieten ist möglich. Es werden Kenntnisse („Kognitive und Methodenkompetenz") und Erfahrungen und Fertigkeiten („Handlungskompetenzen") definiert, die sowohl übergreifende Inhalte im Gebiet Chirurgie, Lokalanästhesie und Schmerztherapie, Notfall- und Intensivmedizin sowie spezifische Inhalte im Fach Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie inkludieren. Letztere werden nochmal untergliedert in übergreifende Inhalte, plastisch-chirurgische Notfälle, diagnostische Verfahren inklusiv Röntgen und Sonographie, rekonstruktive plastische Eingriffe, ästhetisch-chirurgische und körperformende Maßnahmen, verbrennungsmedizinische Eingriffe, handchirurgische Eingriffe und Strahlenschutz. Teilweise sind Richtzahlen definiert, sodass Mindestmengen vorausgesetzt werden. Es werden Logbücher geführt, in denen die Fertigkeiten und Eingriffszahlen dokumentiert und vom Weiterbildungsbefugten bestätigt werden.

Tiefergehende Fertigkeiten in der Handchirurgie können durch die mind. 2-jährige Zusatz-Weiterbildung „Handchirurgie" erworben werden. Voraussetzung ist die Facharztanerkennung im Fachgebiet Allgemeinchirurgie, Kinder- und Jugendchirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie. Sie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, operative und nicht operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen und Tumoren sowie die Rekonstruktion nach Erkrankungen oder Verletzungen der Hand und des distalen Unterarms. Inhalt sind Kenntnisse und Handlungskompetenzen übergreifender Art, Notfälle, Infektionen, Tumorerkrankungen, Diagnostik, Handfehlbildungen, Knochen und Gelenke, Periphere Nerven und Gefäße, Haut- und Weichteilmantel der Hand, Sehnen sowie Prävention, Rehabilitation und Nachsorge.

Die Versorgung spezieller Krankheitsbilder in Plastischer Chirurgie und Handchirurgie können dabei nur in spezialisierten Zentren oder Häusern der Maximalversorgung erlernt werden. Dazu zählen insbesondere die Behandlung von Verbrennungen, aber evtl. auch die Behandlung von Fehlbildungen und mikrochirurgische Technike zum freien Gewebetransfer und für Replantationen. Es muss beispielsweise eine Richtzahl mikrochirurgischer Arterien- oder Venennähte, Nervennähte und Replantationen oder Revaskularisationen nachgewiesen werden. (26)

Der Facharzttitel gilt als Voraussetzung, um eine Oberarzt-, leitende Oberarzt- oder Chefarztposition in einem Krankenhaus zu besetzen. Außerdem besteht

damit die Möglichkeit eine Zulassung als Vertragsarzt zu erwerben, um an der ambulanten ärztlichen Versorgung der GKV-Versicherten teilzunehmen.

2.1.2 Das Vertragsarztwesen

Die ambulante ärztliche Versorgung der GKV wird in Deutschland von den 17 KVen organisiert. Die KVen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie unterstehen der Aufsicht der obersten Verwaltungsbehörden der Länder für die Sozialversicherung, z. B. den Gesundheits-/Sozialministerien der Länder. Mitglieder der KVen sind die zugelassenen Vertragsärzte, in der Niederlassung mindestens halbtags angestellt tätige Ärzte und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ermächtigten Krankenhausärzte. Die KVen haben die Aufgabe der Sicherstellung ambulanter medizinischer Versorgung. Außerdem müssen sie sich mit den Landesverbänden der Krankenkassen auf die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einigen und sind für die Verteilung der Vergütung, die von den Krankenkassen an die KVen gezahlt werden, nach jeweils erbrachter Leistung, auf die Vertragsärzte zuständig. Den Zusammenschluss auf Bundesebene bildet die KBV, sie ist den KVen jedoch nicht weisungsbefugt. (27) Gemeinsam mit dem GKV-Spitzenverband, der ebenfalls Körperschaft des öffentlichen Rechts ist, der der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht und der durch Versicherten- und Arbeitgebervertreter der Krankenkassen gebildet wird (28), vereinbart die KBV in Bewertungsausschüssen als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen EBM für die vertragsärztlichen Leistungen einschließlich der Sachkosten.

Die Bewerbung um eine Zulassung als Vertragsarzt kann nach Eintragung in ein Arztregister erfolgen. Die Arztregister werden von den KVen für jeden Zulassungsbezirk geführt und erfassen alle zugelassenen Ärzte sowie diejenigen, welche die Voraussetzungen erfüllen und einen Antrag auf Eintragung in ein Arztregister gestellt haben. Die Zulassungsausschüsse setzen sich zusammen aus drei ehrenamtlichen Vertretern der Ärzte, bestellt durch die jeweilige KV, und drei der Krankenkassen, bestellt durch die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen. Der Vorsitz wechselt. In bestimmten Fällen haben die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ein Mitberatungsrecht. Gegen Entscheidungen des Zulassungsausschusses kann Widerspruch bei einem Berufungsausschuss eingelegt werden, der genau wie der Zulassungsausschuss ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen darstellt. Anschließend besteht die Möglichkeit des Rechtswegs über die Sozialgerichte.

Mit Erteilung einer Zulassung wird der Vertragsarzt Mitglied der zuständigen KV. Die Zulassung definiert den jeweiligen Umfang des Versorgungsauftrages. Mit der Ermächtigung des Arztes ist er berechtigt und verpflichtet an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Die KVen können Zulassungen in bestimmten Fällen (z. B. grobe Pflichtverletzungen) ruhen lassen oder entziehen. Vertragsärzte können mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte anstellen, die ebenfalls in das Arztregister eingetragen sind.

Bei der Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes sind bei potentiellen Nachfolgern die berufliche Eignung, das Approbationsalter, die Dauer der ärztlichen Tätigkeit, eine mindestens fünfjährige vertragsärztliche Tätigkeit in einem unterversorgten Gebiet, eine Familienangehörigkeit als Ehegatte, Lebenspartner oder Kind des bisherigen Vertragsarztes, eine angestellte ärztliche Tätigkeit oder gemeinschaftliche Tätigkeit mit dem bisherigen Vertragsarzt, die Bereitschaft zur Erfüllung besonderer Versorgungsbedürfnisse, Belange von Menschen mit Behinderung beim Zugang zur Versorgung und die Ergänzung des besonderen Versorgungsangebots eines MVZs zu berücksichtigen. Die wirtschaftlichen Interessen des ausscheidenden Vertragsarztes bzw. seiner Erben sind bei der Höhe des Kaufpreises bis zum Verkehrswert der Praxis zu berücksichtigen.

Die Ermittlung des Versorgungsgrades zur vertragsärztlichen Versorgung erfolgt arztgruppenspezifisch. Ziel ist eine flächendeckende Sicherstellung der Versorgung in allen Planungsbereichen. Dafür passen die KVen einen Bedarfsplan zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen und nach den vom G-BA erlassenen Richtlinien (BPL-RL) an. Der G-BA ermittelt Verhältniszahlen (Bedarf an Ärzten einer Fachgruppe bezogen auf die Zahl der jeweiligen Bevölkerung) bzw. legt neue fest, sofern dies z. B. durch Änderung der fachlichen Ordnung der Arztgruppen oder auf Grund der demografischen Entwicklung bzw. Veränderung der Sozial- und Morbiditätsstruktur erforderlich ist. Überversorgung ist definiert als ein Überschreiten um 10 % des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades, also einem Versorgungsgrad von 110 %. Bei Überversorgung kann der Zulassungsausschuss einen Antrag auf Nachfolge ablehnen, sofern der Nachfolger keiner Gruppe nach § 103 Abs. 4 Satz 5 Nummer 4, 5 oder 6 (mit mindestens 3-jähriger Anstellung) SGB V angehörig ist. (§§ 95, 96, 99, 101 und 103 SGB V)

Im Jahr 2018 wurden durch Änderung der BPL-RL die Facharztgruppen Chirurgie und Orthopädie zusammengelegt. (29) Für diese Arztgruppe gelten allgemeine Verhältniszahlen bzw. Basis-Verhältniszahlen mit einem Arzt auf ca. 9.000 Einwohner in stark mitversorgenden Gebieten (Typ 1) bis zu einem Arzt auf 17.000 Einwohner in stark mitversorgten Gebieten (Typ 3) als ausreichend.

Insgesamt werden 6 Gebiets-Typen unterschieden. Abweichungen von den Basis-Verhältniszahlen, die durch Veränderung der Alters- und Geschlechtsstrukturen 6-jährig mit einem Leistungsbedarfsfaktor angepasst werden, entstehen durch einen regionalen Alters-, Geschlechts- und Morbiditätsfaktor (AGMF) nach § 99 Abs. 1 Satz 3 SGB V. Der Morbiditätsfaktor berücksichtigt neben Alter (4 Gruppen) und Geschlecht (2 Gruppen) auch die Krankheitslast (erhöht oder nicht erhöht morbide). Insgesamt ergeben sich also 16 Morbiditätsgruppen. Der Morbiditätsfaktor wird alle 2 Jahre ermittelt. Leistungsbedarfsfaktoren werden zur Ermittlung des Behandlungsaufwands der Morbiditätsgruppen je Arztgruppe auf Basis der Abrechnungsdaten der KBV von 12 Quartalen berechnet. Im Endeffekt entsteht ein Gewichtungsfaktor (LBF-AGM), der die regionale Morbiditätsstruktur im Vergleich zum Bundesdurchschnitt widerspiegelt. Der Landesausschuss überprüft die Zulassungen nach Mitteilung der KVen regelmäßig.

Die zunehmende Spezialisierung im Fach Chirurgie findet demnach in der Bedarfsplanung zunächst keine Beachtung. Allerdings kann ein qualifikationsbezogener Sonderbedarf, z. B. mit Inhalt eines Schwerpunktes, einer Zusatzbezeichnung, einer fakultativen Weiterbildung oder einer besonderen Fachkunde, erforderlich sein und eine ausnahmsweise Zulassung begründen. (30)

2.1.3 Spezielle Genehmigungen

Nach Zulassung in einer Arztgruppe, besteht die Möglichkeit zusätzliche Genehmigungen für besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit Qualitätsanforderungen nach Anlage 3 des Bundesmantelvertrags zu erhalten. Diese sind Voraussetzung für die Abrechnungsgenehmigung bestimmter EBM-Ziffern über die KV. Neben fachlichen bzw. arztbezogenen Voraussetzungen sind auch betriebsstättenbezogene (apparative, räumliche, organisatorische und hygienische) Voraussetzungen vorzuweisen. Die notwendigen Nachweise ergeben sich aus der jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarung. Außerdem können bei Zweifel der fachlichen Befähigung Kolloquien durchgeführt werden. (31) Auf Grundlage der Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV können außerdem Qualitätsprüfungen (Stichproben) erfolgen. (32)

Um ambulante Operationen aus Kapitel 31.2 EBM, Leistungen aus Anlage 1 Abschnitt 1, 2 und 3 zum Vertrag nach § 115b SGB V ausführen und über die KV abrechnen zu können, müssen Voraussetzungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung „Ambulantes Operieren“ vorliegen. Eingriffe erfordern den aktuell geltenden Facharztstandard. Daher dürfen sie nur vom Facharzt selbst, unter dessen Assistenz oder unter dessen unmittelbarer Aufsicht, Weisung und

Möglichkeit zum unverzüglichen Eingreifen erbracht werden. Bestimmte Eingriffe dürfen nur mit zusätzlicher Schwerpunktbezeichnung, Fachkunde oder fakultativen Weiterbildung erbracht werden. Organisatorische Voraussetzungen sind erfüllt, wenn der Operateur oder die Einrichtung für den Patienten ständig erreichbar, der Informations- und Dokumentationsfluss zwischen beteiligten Ärzten und Patient gewährleistet, eine den gesetzlichen Bestimmungen entsprechende Abfallentsorgung und Notfallpläne vorhanden sind. Darüber hinaus muss präoperativ hinsichtlich der Art und Schwere des Eingriffs sowie des Gesundheitszustandes des Patienten geprüft werden, ob eine ambulante Durchführung der Operation möglich ist. Hygienische Voraussetzungen sind die fachgerechte Reinigung, Desinfektion, Sterilisation, die sachgerechte Medizinprodukt-Aufarbeitung, ein Hygieneplan und die Dokumentation über Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Je nach Ausmaß und Gefährdungsgrad der Eingriffsart werden unterschiedliche Voraussetzungen an die räumliche und apparativ-technische Ausstattung gestellt. Für Operationen sind ein Operationsraum, Personalumkleidebereiche mit Waschbecken und Händedesinfektion, ein Raum für Geräte- und Instrumente-Aufbereitung mit Entsorgungsübergabe für z. B. unreine Güter und Putzmittel sowie Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten notwendig. Fakultativ kann ein Ruheraum oder Aufwachraum sowie Umkleidebereiche für Patienten vorhanden sein. Der Operationsraum bedarf spezieller Oberflächen, die problemlos gereinigt und desinfiziert werden können, Lichtquellen zur Ausleuchtung des Raumes und des Operationsgebietes, Entlüftungsmöglichkeiten insbesondere unter Berücksichtigung der Anästhesieverfahren. Es muss eine Sicherung durch Stromausfallüberbrückung vorhanden sein. Eine Wascheinrichtung zur chirurgischen Händedesinfektion ist notwendig. Weitergehend werden ein Instrumentarium zur Reanimation inkl. Sauerstoffversorgung und Absaugung, Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung, OP-Tisch und -Stuhl und ein fachspezifisches, operatives Instrumentarium nebst Reserveinstrumenten vorausgesetzt, außerdem Notfallmedikamente, Operationstextilien und Infusionslösungen, Verband-, Verbrauchs- und Nahtmaterial erforderlich. (33)

Nach Genehmigung für das ambulante Operieren können Plastische Chirurgen und Handchirurgen weitere Genehmigungen beantragen, beispielsweise für arthroskopische Operationen am Handgelenk. Die fachliche Befähigung wird durch Zeugnisse nachgewiesen. Sofern keine Weiterbildung „Spezielle Orthopädische Chirurgie“ nach der Facharztausbildung im Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie vorliegt oder die Schwerpunktbezeichnung „Unfallchirurgie“ geführt wird, wird von Chirurgen und Orthopäden der Nachweis von Mindestmengen an selbstständig durchgeführten arthroskopischen Operationen verlangt.

(34) Für die Abrechnungsgenehmigung der Fettabsaugung (Liposuktion) bei Lipödem im Stadium III wird u. a. die Facharztbezeichnung Plastische Chirurgie vorausgesetzt. Außerdem muss hier ebenfalls der Nachweis von Mindestmengen in der Durchführung der Liposuktion bei Lipödem erbracht werden. Da bei Lipödem im Stadium III meist mehrere Sitzungen notwendig sind, ist bei Planung einer ambulanten Operation eine eingriffsbezogene Risikoabwägung notwendig. Daher ist auch diese Behandlung als sehr anspruchsvoll einzuschätzen. (35) Nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie besteht für Nichtradiologen die Möglichkeit Röntgenaufnahmen anzufertigen und abzurechnen, sofern eine Weiterbildung in der fachgebietsspezifischen Röntgendiagnostik nachgewiesen werden kann. Alternativ wird die Genehmigung erteilt, wenn ausreichende Zeugnisse vorgelegt werden. In der Handchirurgie ist die Röntgendiagnostik der Hand und des Handgelenkes essentieller Bestandteil der Diagnostik. In der Plastischen Chirurgie ist sie vor allem für die Extremitätendiagnostik essentiell. (36)

Um die Sektorengrenzen zu verkleinern, Schnittstellenprobleme zwischen ambulantem und stationärem Sektor zu reduzieren und die flächendeckende Versorgung zu sichern, besteht für Vertragsärzte die Möglichkeit des belegärztlichen Operierens im Krankenhaus. Basierend auf § 121 SGB V werden Vertragsärzte als Belegärzte bezeichnet, die die Infrastruktur eines Krankenhauses für voll- oder teilstationäre Behandlungen nutzen ohne dort angestellt zu sein. Sie benutzen die bereitgestellten Dienste (z. B. Pflegedienst, ärztlicher Bereitschaftsdienst), Einrichtungen und Mittel. Krankenhäuser sollen auf eine leistungsfähige und wirtschaftliche belegärztliche Versorgung der Versicherten hinwirken und sogar im Rahmen des kooperativen Belegarztwesens Belegärzten gleicher Fachrichtungen ermöglichen, Patienten gemeinsam zu behandeln. Die belegärztlichen Leistungen werden nach § 121 Abs. 3 SGB V aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung bezahlt, während das Krankenhaus gesondert nach § 18 Abs. 2 KHEntgG belegärztliche Fallpauschalen für die nichtvertragsärztlichen Leistungen abrechnet. Alternativ besteht die Möglichkeit, dass das Krankenhaus mit dem Belegarzt einen Honorarvertrag schließt. Voraussetzung für die belegärztliche Leistungserbringung ist eine Anerkennung als Belegarzt bei der zuständigen KV auf Antrag. Im Sonderthema des Honorarberichts aus dem ersten Quartal 2015 wurden die belegärztlichen Operationen mit den höchsten Honorarumsätzen aufgeführt. An zweiter Stelle nach den HNO-chirurgischen Eingriffen finden sich Eingriffe an Knochen und Gelenken mit 23,1 % sowie Arthroskopien mit 10,3 %, während Eingriffe an der Körperoberfläche nur 2,8 % und Eingriffe der Extremitätenchirurgie 1,1 % ausmachten. (5)

Die belegärztlich durchgeführten Behandlungen nehmen seit 2008 kontinuierlich ab. Auffällig ist eine geringe Zunahme von 2019 bis 2020 (Abb. 2.1), die allerdings ausschließlich durch die Ersatz-, Betriebs- und Innungskrankenkassen zustande kommt. (37)

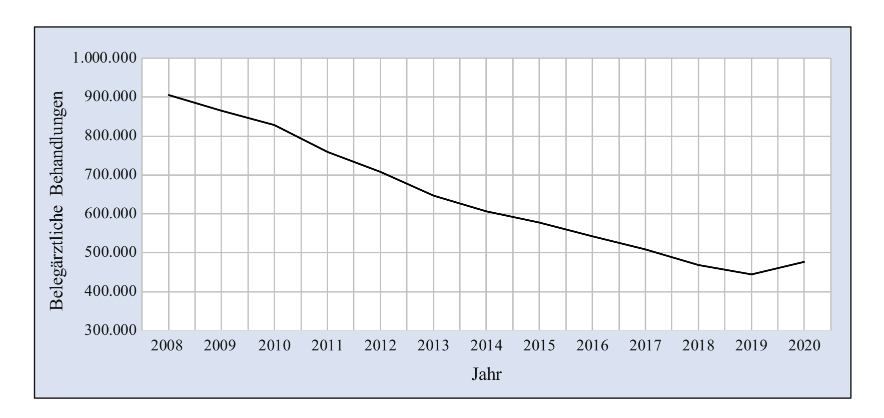


Abbildung 2.1 Belegärztliche Behandlungen. (Eigene Darstellung nach (37))

Seit Inkrafttreten des GSG 1993 können Krankenhäuser auf Anzeige bei den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen, Ersatzkassen, KVen und Zulassungsausschüssen auch selbst ambulante Operationen durchführen. Ziel ist auch hier die Verlagerung hin zu weniger ressourcenverbrauchender Leistungserbringung. Auf Basis des Vertrages gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der GKV, der DKG und der KBV wird ein Katalog ambulant durchführbarer Operationen, die einheitliche Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte sowie die Maßnahmen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit geregelt. Allerdings rechnen die Krankenhäuser direkt mit der zuständigen Krankenkasse ab, sodass sie zwar bei der Bedarfsplanung Berücksichtigung finden (30), jedoch nicht von den KVen vergütet werden. Über die von Vertragsärzten abrechenbaren AOP-Leistungen nach EBM hinaus kann das Krankenhaus nach § 9 Abs. 3 AOP-Vertrag zusätzlich eine pauschale Sachkostenvergütung in Höhe von 7 % auf die Honorarsumme abrechnen. (38) Nichtsdestotrotz nimmt auch die Anzahl ambulanter Operationen im Krankenhaus ab (Abb. 1.4).

2.1.4 Was ambulant operiert wird

Im Abschnitt 1 des AOP-Katalogs wird den Prozeduren entweder Kategorie 1 (nur ambulante Erbringung) oder Kategorie 2 (entweder ambulante oder stationäre Erbringung) zugeordnet. (38) Können Eingriffe aus Kategorie 1 nicht ambulant erbracht werden, so sind G-AEP-Kriterien eingeführt worden, um die Notwendigkeit der Versorgung im stationären Setting zu prüfen. Ein stationäres Setting der in Kategorie 2 ehemals als grundsätzlich stationär zu erbringenden Leistungen mit „ambulantem Potential" muss heutzutage vom Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse begründet werden. (BSG-Urteil vom 21.03.2013, Az: B 3 KR 28/12 R) Nach § 2 Abs. 2 des AOP-Vertrags liegt die Entscheidung jedoch beim Arzt und es kann nicht die Verpflichtung hergeleitet werden, Eingriffe ambulant durchzuführen. (39)

Seit dem Jahr 2012 besteht durch § 115 b Abs. 1 S. 4 SGB V neben dem belegärztlichen Operieren im Krankenhaus die Möglichkeit, dass niedergelassene Ärzte ambulante Operationen im Krankenhaus auch dann durchführen können, wenn sie keine Belegärzte sind. Stattdessen basiert dieses Verhältnis auf einem Vertrag zwischen Krankenhaus und Vertragsarzt, beispielsweise mit Honorarvergütung. In dem Fall ist das Krankenhaus selbst für die Einhaltung des Facharztstandards verantwortlich. (38, 40)

Generell werden Leistungen aus den Leistungskatalogen der GKV vergütet, wobei kein Katalog im Sinne einer Liste verfügbar ist. GKV-Versicherte haben nach § 2 SGB V einen Anspruch auf Behandlungsmethoden, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und dem medizinischen Fortschritt entspricht, wobei die Leistungen dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen müssen. Der Leistungsanspruch wird in der vertragsärztlichen Versorgung vom G-BA in verbindlichen Richtlinien konkretisiert. Nur die darauf basierenden im EBM festgelegten Leistungen werden in der vertragsärztlichen Regelversorgung vergütet. Vertragsärzte können neue Methoden nur dann zu Lasten der GKV anwenden, wenn der G-BA den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit anerkannt hat. Damit bewegen sich die Vertragsärzte bei der Versorgung im „Verbot mit Erlaubnisvorbehalt". Im stationären Sektor gilt dagegen die „Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt", d. h. Krankenhäuser können alle neuen Methoden zu Lasten der GKV anwenden, solange der G-BA diese nicht nach Prüfung ausdrücklich ausgeschlossen hat. (14, 41)

Im Rahmen des MDK-Reformgesetzes, welches im Januar 2020 in Kraft getreten ist, soll das ambulante Operieren weiterentwickelt werden, in dem

neben einem internationalen Vergleich der aktuellen Situation weitere Ambulantisierungspotentiale erarbeitet werden. Dafür haben KBV, GKV-Spitzenverband und die DKG ein Gutachten in Auftrag gegeben, das den Status quo der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu ambulant durchführbaren, stationsersetzenden Eingriffen und Behandlungen für Deutschland untersuchen, diese konkret benennen und Maßnahmen zur Falldifferenzierung nach Schweregrad analysieren sollte. Das Gutachten wurde vom IGES-Institut im März 2022 veröffentlicht. Im internationalen Vergleich hatten Kriterien wie patientenindividuelle Merkmale, Verfügbarkeit von Transport- und postoperativen Betreuungsmöglichkeiten, das soziale Umfeld, vor allem aber finanzielle Anreize ein entscheidungsrelevantes Gewicht für die Ausschöpfung des Ambulantisierungspotentials. Qualitätstransparenz und -sicherung sowie die Strukturierung von Patientenpfaden waren häufig ein wesentlicher Bestandteil. Die Erfassung des Status Quo in Deutschland war insbesondere durch Datenlücken bei Leistungen des AOP-Katalogs durch Intransparenz in der BV, fehlende Erfassung von Prozeduren im vertragsärztlichen Bereich und Trennschärfenprobleme bei ambulanten Operationen im Krankenhaus beeinträchtigt. Bei Ausklammern dieser Unzulänglichkeiten wurde gefunden, dass ca. ein Drittel des Abschnitts 1 und ca. zwei Drittel des Abschnitts 2 des AOP-Katalogs stationär erbracht werden. Unter Einbeziehung von Leistungen angrenzender Versorgungskontexte (z. B. bei kurzer Verweildauer von stationären Fällen) wurde ein potenzialorientierter Ansatz gewählt, um umfassend Leistungen mit Ambulantisierungspotential zu erfassen. Gleichzeitig wurde die Nutzung von fallindividuellen Kontextfaktoren vorgeschlagen, die eine stationäre Behandlung einfach begründen sollen, mit den Zielen die Patientensicherheit zu gewährleisten und Prüfanlässe zu reduzieren. Dafür wurden fünf patientenbezogene (z. B. Komorbiditäten) und vier leistungsspezifische Kontextfaktoren (z. B. spezielle Diagnosen bzw. Indikationen) definiert. In dem Zusammenhang wurde auch die Abbildung vergütungsrelevanter Aufwandsunterschiede durch die Schweregraddifferenzierung und die Einführung eines „Ambulantisierungs-Groupers“ empfohlen. Insgesamt würde der AOP-Katalog dem Gutachten folgend um ungefähr 80 % erweitert werden. Ca. 25 % der empfohlenen OPS-Erweiterungen aus Kapitel 5 des OPS-Katalogs beträfen das Fachgebiet Plastische Chirurgie und ca. 6 % die Handchirurgie. Allerdings empfehlen die Autoren die Einflussnahme u. a. der medizinischen Fachgesellschaften bei der Weiterentwicklung des AOP-Katalogs. (42) Die Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie (DGH) hat bereits 2020 eine Empfehlung zu in der Regel ambulant (Tabelle 2.1) und in der Regel stationär zu erbringenden elektiven handchirurgischen Operationen erarbeitet. Mit dem Statement sollte den Kategorisierungen im AOP-Katalog kritisch begegnet werden. (43) Indikationen und Prozeduren

in der Handchirurgie wirken für nicht-sachverständige klein und nebensächlich, jedoch sollte bereits die Länge der Ausbildung zum Handchirurgen das Gegenteil verdeutlichen. Die Wichtigkeit der Hände für das Leben des Betroffenen ist groß und hat maximalen Einfluss auf die Berufsfähigkeit und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Nach operativen Eingriffen ist außerdem die spezielle Nachbehandlung anspruchsvoll, sodass auch dem Umfeld und der Infrastruktur eine enorme Bedeutung zukommen. (44) Trotz des detaillierten OPS-Katalogs kann ohne Zuordnung zu Diagnosen im EBM nur unzureichend differenziert werden. Außerdem können meist keine besonderen Situationen abgebildet werden, die sich aus der feinen Anatomie und komplexen Physiologie der Hand, der Schwere des Eingriffs sowie den patientenindividuellen Eigenschaften ergeben. Beispielhaft sollen hier einfache und mehrfache Frakturversorgungen genannt werden, die mittels OPS-Katalog alleine nicht differenziert abbildbar sind. Es ist also nicht verwunderlich, dass in der Handchirurgie die Durchführung prinzipiell ambulant erbringbarer Leistungen oft doch ein stationäres Setting erfordern. Die DGH hatte daher Ausnahmetatbestände als Nebenkriterien zur medizinischen Rechtfertigung eines stationären Aufenthalts empfohlen, nämlich den handchirurgischen Schweregrad (z. B. Rezidiv- und Re-Operationen, Eingriffe an mehreren Gelenken oder Fingern), die patientenspezifische medizinische Gesamtsituation (z. B. Z.n. CRPS, Sturztendenz, Blutungsneigung, rheumatische Erkrankung) und sozialmedizinische Faktoren (z. B. keine ständige Betreuung zu Hause für die erste postoperative Nacht). Letztgenannter Aspekt wird von den Kostenträgern zunehmend außer Acht gelassen, während niedergelassene Handchirurgen diesbezüglich meist sehr sensible Entscheidungen fällen müssen. (43)

In der Plastischen Chirurgie fällt es mindestens gleichermaßen schwer einen Katalog in der Regel ambulant zu erbringender Operationen zu definieren. Neben der handchirurgischen Säule stehen die Rekonstruktive und die Ästhetische Säule sowie die Säule der Brandverletztenbehandlung. Aufwändige rekonstruktive Eingriffe (z. B. freier Gewebetransfer mit mikrochirurgischen Anastomosen) und das Gro der Behandlung von Brandverletzten werden dem stationären Sektor zugeordnet. Zu den prinzipiell ambulant durchzuführenden Eingriffen an der Hautoberfläche können z. B. lokal begrenzte Tumorexstirpationen (bei Neigung zur malignen Entartung), Korrekturen von lokal begrenzten funktionseinschränkenden und schmerzhaften Verbrennungsnarben, kleinflächige Hauttransplantationen und Lappenplastiken, Lidkorrekturen bei Gesichtsfeldeinschränkung oder Ektropium, Ohranlegeplastiken bei Kindern bis zur Pubertät, Nasenkorrekturen bei Atembehinderung und einfache Brusteingriffe zur Wiederherstellung nach Brustkrebs oder Brustfehlanlage sowie Gynäkomastie-Operationen gezählt werden. (7,

Tabelle 2.1 Liste der aus Sicht der DGH in der Regel ambulant zu erbringenden Operationen

Diagnosen	Prozeduren
Karpaltunnel-Syndrom und einfache Nerven-Kompressionssyndrome z. B. des N. ulnaris am Ellenbogen und Hand	Karpaldachspaltung, ggf. Neurolyse/Synovialektomie
A1-Ringbandstenose	**Ringbandspaltung**, ggf. Synovialektomie
Tendovaginitis de Quervain	Spaltung 1. Strecksehnenfach, ggf. Synovialektomie
Synovialitis an Strecksehnen	Synovialektomie der Strecksehnen
M. Dupuytren (1 Strang)	Partielle Fasziektomie, ggf. Neurolyse/Arteriolyse
Z.n. Osteosynthese	**Entfernung von Osteosynthesematerial**
Handgelenksganglion	Ganglionexstirpation
Einfache Frakturen einzelner Mittelhand- und/oder Fingerknochen	Osteosynthese (Drähte, Schrauben, Platte)
Einfache Tumore	Tumorexstirpation
Strecksehnenverletzung oder -ruptur	**Strecksehnennaht**
Bandverletzung am Finger	**Bandnaht/-rekonstruktion Finger**
Defekt	**Einfache Lappenplastiken (z. B. VY-Lappen)**
Epikondylitis humeri radialis/ulnaris	**Denervierung und Tenotomie**
Handgelenksbeschwerden (z. B. Arthrose)	**Einfache Teil-Denervierung Handgelenk**
Fingergelenkbeschwerden (z. B. Arthrose)	**Versteifung Fingergelenk**
Handgelenksbeschwerden (z. B. Synovialitis)	**Handgelenksarthroskopie**
Oberflächlicher Infekt	**Versorgung Infekt (oberflächlich, lokal)**

Eigene Darstellung der nach (43) fettgedruckten Bezeichnungen der in der Regel ambulant zu erbringenden elektiven handchirurgischen Operationen, ergänzt um Beispiele der jeweils zugehörigen Diagnosen und/oder Prozeduren.

45) Auch in diesem Fach ist jedoch eine generelle Festlegung als ambulante Operationen ohne beeinflussende Nebenfaktoren nicht gefahrlos möglich.

Kosten für rein ästhetische Eingriffe werden nicht von der GKV übernommen. Es gibt in dem Fach jedoch Indikationen, deren Behandlung mehrere Säulen der Plastischen Chirurgie betreffen, also z. B. körperformkorrigierende (rekonstruktiv-ästhetische) Eingriffe. Bedauerlicherweise haftet der Plastischen Chirurgie immer noch die „Schönheitschirurgie" an. Daher müssen notwendige körperformkorrigierende Eingriffe meist per Kostenübernahmeantrag als Einzelfallentscheidung bei den Krankenkassen beantragt oder gar über den sozialgerichtlichen Weg vom Patienten eingeklagt werden. Klassische Indikation stellt dabei der Hautüberschuss (Cutis laxa) nach massivem Gewichtsverlust in der bariatrischen Chirurgie dar, der sich insbesondere durch herabhängende Hautfalten an Armen, Beinen, Brust und Bauch zeigt. Folge sind häufig funktionelle Probleme, z. B. dermatologisch-therapierefraktäre Entzündungen in den Hautfalten oder orthopädisch-therapierefraktäre Verschlimmerung einer Gelenkfehlstellung durch die Hautlappen. Wenn kein funktioneller Krankheitswert, aber eine Regelabweichung im Sinne einer Entstellung vorliegt, so muss für eine Kostenübernahme der GKV die körperliche Anomalität eine objektiv erhebliche Auffälligkeit dergestalt haben, dass Reaktionen wie Neugier und Betroffenheit in der Umgebung hervorgerufen werden, und der Betroffene als Objekt der besonderen Beachtung ständig viele Blicke auf sich zieht mit der Folge, dass er sich aus dem Leben zurückzieht und die Vereinsamung droht. Maßgeblich ist nach aktueller Rechtsprechung das Ausmaß der Entstellung im bekleideten Zustand in alltäglichen Situationen. (LSG, Urteil vom 13.08.2020 – L 4 KR 287/19; BSG, Urteil vom 08.03.2016, B 1 KR 35/15 R) Wenn das Ausmaß dermaßen hoch sein muss, bedeutet das für die operativen Prozeduren wie Oberarm-, Oberschenkel-, Brust- und Bauchstraffungen, dass diese weitreichend sind und ein stationäres Setting erzwingen. Zur Feststellung, ob ein Krankheitswert nach § 27 SGB V als Voraussetzung für einen Naturalleistungsanspruch vorliegt, haben Krankenkassen üblicherweise den MDK zur Beratung hinzugezogen. Ob die Unabhängigkeit des MD nach Abkopplung von den Krankenkassen durch das neue MDK-Reformgesetz eine Änderung in der Einzelfallentscheidung mit sich bringen könnte, wird sich zeigen. Wäre das der Fall, könnte die ambulante Erbringung oder könnten kurzstationäre Aufenthalte bei Straffungsoperationen realistischer sein. Ähnliches gilt für volumenreduzierende Eingriffe z. B. an der Brust bei Makromastie.

Eine relativ aktuelle Ausnahme bildet die Liposuktion bei Lipödem, die teilweise seit 2020 als Kassenleistung gilt, zunächst befristet bis zum 31.12.2024.

Menschen mit Lipödem leiden unter schmerzhafter dysproportionaler Fettgewebshypertrophie der Extremitäten mit Hämatomneigung. Die Prävalenz wird auf ca. 10 % geschätzt, meist sind Frauen betroffen. (46, 47) Als Kassenleistung gilt die Liposuktion derzeit nur in Stadium III, um insbesondere eine Bewegungseinschränkung zu beseitigen und so eine Steigerung der körperlichen Aktivität zu ermöglichen. (35) Ob die betroffenen Patienten wirklich rein ambulant versorgt werden können, muss individuell entschieden werden. Es existieren zwar Kriterien, wie z. B. die maximale ambulante Absaugmenge, allerdings beeinflussen noch andere Faktoren die Entscheidung. In den Stadien I und II könnte die ambulante Liposuktion ungefährlicher sein. In diesen beiden Stadien werden zu jetziger Zeit aber ausschließlich Kosten für konservative Maßnahmen von den Krankenkassen übernommen. Manuelle Lymphdrainage kann als besonderer Verordnungsbedarf (belastet das Budget des Vertragsarztes nicht) nach Anhang 1 zur Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106 Abs. 2 SGB V für die Wirtschaftlichkeitsprüfung ärztlich verordneter Leistungen und als langfristiger Heilmittelbedarf gemäß § 32 Abs. 1a SGB V von den Betroffenen in Anspruch genommen werden. (48) Ob die Kosten im Vergleich zur ursachenlösenden Liposuktion mit weniger postoperativem Bedarf an konservativen Maßnahmen niedriger sind, mag angezweifelt werden. Tabelle 2.2 zeigt die Kosten bei lebenslanger konservativer Therapie in Stadium I und II im Vergleich zur dreimaligen Liposuktion in Stadium III mit präoperativer 6-monatiger konservativer Therapie.

In der vom G-BA in Auftrag gegebenen LIPLEG-Studie wird in 14 Zentren die Liposuktion auch in Stadien I und II mit der konservativen Therapie bei 450 Patienten verglichen. Endpunkte sind u. a. Schmerzreduktion, Lebensqualitätsveränderung und Hämatomreduktion. (49) Von plastisch-chirurgischer und gesundheitswissenschaftlicher sowie gesundheits-ökonomischer Seite werden die Ergebnisse dieser Studie mit großem Interesse erwartet.

Die Gegenüberstellung der Kosten visualisiert eindrücklich, dass eine lebenslange konservative Therapie, wie sie derzeit bei Lipödem in den Stadien I und II durchgeführt wird, knapp zehnmal teurer ist als das Schema in Stadium III mit dreimaliger Liposuktion, 6 Monaten konservativer Therapie und lebenslanger Kompressionstherapie. (46) Weitergehend fällt auf, dass für die ambulant, belegärztlich und stationär durchgeführte Liposuktion eine Ungleichheit in der Vergütung vorliegt.

Tabelle 2.2 Vergleich der Kosten für die lebenslange konservative Behandlung bei Lipödem (derzeit in Stadien I und II) mit den Kosten der konservativen und operativen Behandlung (derzeit im Stadium III)

Kalkulation der konservativen Kosten		
	Lipödem Stadien I und II	Lipödem Stadium III
Kosten für Manuelle Lymphdrainage	227.916 Euro (lebenslang)	2.279,19 Euro (6 Monate)
Kosten für Bewegungstherapie	68.798 Euro (lebenslang)	687,96 Euro (6 Monate)
Kosten für Kompressionstherapie	15.000 Euro (lebenslang)	15.000 Euro (lebenslang)
Konservative Kosten insg.	311.714 Euro	17.967,15 Euro
Kalkulation der operativen Kosten		
	Lipödem Stadien I und II	Lipödem Stadium III
Kosten für dreimalige ambulante Liposuktion	entfällt (derzeit noch)	4230,15 Euro
Kosten für dreimalige belegärztliche Liposuktion	entfällt (derzeit noch)	10.663,98 Euro
Kosten für dreimalige stationäre Liposuktion	entfällt (derzeit noch)	11.197,02 Euro

Eigene Berechnung. Für die Kalkulation der konservativen Lebensdauer-Therapiekosten wurde von einer 30-jährigen Frau (Durchschnittsalter der Lipödem-Erstdiagnosestellung) mit einer Lebenserwartung von durchschnittlich 80 Jahren (50) ausgegangen, die zweimal wöchentlich manuelle Lymphdrainage von 45 min für 43,83 Euro und zweimal wöchentlich Bewegungstherapie von 20–30 min für 13,23 Euro (51) in Anspruch nimmt sowie zweimal jährlich Kompressionsflachstrickstrümpfe mit jährlichen Kosten von 300 Euro erhält. Geht man davon aus, dass eine dreimalige Liposuktion die Ursache beim Lipödem löst, so sind präoperativ 6 Monate konservative Therapie und eine lebenslange Kompressionstherapie nötig. Zur Kalkulation der Behandlungskosten bei 6-monatiger konservativer Therapie und drei Liposuktions-Sitzungen ambulant, belegärztlich oder stationär sowie lebenslanger Kompressionstherapie wurden folgende Berechnungen angestellt: Die vertragsärztlichen Leistungen im ambulanten Setting wurden dreimalig mit 716,86 Euro (GOP 31097) + 72,00 Euro (GOP 40165) + 204,47 Euro (GOP 31507) + 33,71 Euro (GOP 31613) + 383,01 Euro (GOP 31827) angesetzt. Für die belegärztlichen Operationen wurden für den Operateur dreimal 458,10 Euro (GOP 36097) angesetzt. (11) Dem Betrag wurden die Kosten für eine dreimalige Liposuktion der Oberschenkel (OPS: 5–911.1e) einer 30-jährigen gesunden Frau mit jeweils 2 Tagen stationärer Verweildauer in einer Belegabteilung mit Belegoperateur mit 3096,56 Euro hinzuaddiert. Zur Berechnung der stationären Kosten in einer Hauptabteilung wurde die gleiche Berechnung wie für eine Belegabteilung durchgeführt, allerdings für eine Hauptabteilung und ohne Belegoperateur berechnet. Je stationärem Aufenthalt entstanden mit der DRG Z01B Kosten in Höhe von 3.732,34 Euro. Die Berechnung der DRGs erfolgte mittels Webgrouper bei einem Basisfallwert von 3.830,00 Euro. (52)

2.1.5 Vergütung im KV-System

Berechnungsfähige Leistungen für Vertragsärzte werden im EBM definiert. Darin sind Gebührenordnungspositionen (GOPs) festgelegt, die Einzelleistungen, Leistungskomplexe, Pauschalen oder Qualitätszuschläge abbilden und denen jeweils eine Punktzahl zugeordnet ist. Voraussetzung zur Abrechnung der GOPs ist die persönliche Leistungserbringung durch den Vertragsarzt. Der Euro-Preis der berechnungsfähigen Leistungen wird mittels Produkt einer Punktzahl und eines Punktwerts berechnet. Der Orientierungswert des Punktwerts wird jährlich vom Bewertungsausschuss (bestehend aus KBV und GKV-Spitzenverband) festgelegt. In den Verhandlungen sollte verständlicherweise auch der Inflationsausgleich und der Anstieg von Hygieneaufwand, Investitions- und Personalkosten Berücksichtigung finden. Da es zu keiner Einigung kam, wurde jedoch vom Erweiterten Bewertungsausschuss als „Schiedsgremium“ (3 zusätzliche unparteiische Mitglieder) der Orientierungswertanstieg für 2022 auf 1,275 % festgesetzt, trotz einer Inflationsrate von bereits 3 % im Jahr 2021. (53, 54)

Das grundlegende Problem ist die angespannte finanzielle Situation der GKV, die den GKV-Spitzenverband zwingt wo immer möglich auf Kostendämpfung und Ausgabenneutralität zu plädieren, um den Rückgriff auf Liquiditätsreserven der Krankenkassen und das Risiko einer starken Anhebung der Krankenkassen-Zusatzbeiträge zu minimieren. Um die Finanzierungsproblematik der GKV abzufedern, wurde für das Jahr 2022 ein ergänzender Bundeszuschuss vom BMF in Höhe von 14 Mrd. Euro zusätzlich zum gesetzlich vorgesehenen Bundeszuschuss von 14,5 Mrd. Euro festgesetzt. Der Finanzierungslücke für das Jahr 2023 soll durch das neue GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) begegnet werden, das neben dem Rückgriff auf Finanzreserven der Krankenkassen, einer Erhöhung der Zusatzbeiträge, der Halbierung der Obergrenze für die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, der Abschaffung extrabudgetärer Vergütung von Neupatienten und Änderungen bei zukünftigen Arzneimittel-Ausgaben, den jährlichen Bundeszuschuss auf 16,5 Mrd. Euro erhöhen soll. Ob diese vergleichsweise geringe Anhebung ausreicht, kann angezweifelt werden. Ein zurückgezogener Gesetzesentwurf sah einen Anstieg auf 19,5 Mrd. Euro vor. (55, 56)

Die den GOPs zugewiesenen Punktzahlen sollen den Zeitaufwand und die Kosten der Leistungserbringung im Verhältnis zu anderen Leistungen bei generalisierender Betrachtung ausdrücken. Die GOPs gelten teils arztgruppenübergreifend, teils arztgruppenspezifisch. Für die GOPs mit Auf- und Abschlagsregelung sind Kalkulationszeiten im Anhang 3 des EBM definiert, die in der zeitbezogenen Plausibilitätsprüfung als Prüfzeiten genutzt werden. Die Prüfzeiten geben die

Zeit in Minuten wieder, die ein Arzt für die Leistungserbringung der jeweiligen GOP durchschnittlich aufwendet. Die KV ermittelt auf Basis der eingereichten Quartalsabrechnung die Arbeitszeiten des Arztes an jedem Tag und im gesamten Quartal. Über zwei Tage mit mehr als zwölf Arbeitsstunden im Quartal oder mehr als 780 Arbeitsstunden im Quartal induzieren eine Auffälligkeit mit der Folge einer Prüfung. Sofern der Arzt dafür keine Erklärung abgeben kann, kommt es zur Honorarkürzung seitens der KV. Die Kalkulationszeiten wurden tendenziell als zu hoch angesehen, daher erfolgte eine Anpassung mit der EBM-Reform 2020.

In den GOPs sind allgemeine Praxiskosten, Instrumente und Apparaturen, Einmalmaterial, Versand- und Transportkosten (auch Post/Fax/EDV-Kosten) enthalten. Nicht enthalten sind nach Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM die Kosten für Arzneimittel, Verbandsmittel, Materialien, Instrumente, Gegenstände und Stoffe, die der Kranke zur weiteren Verwendung behält (also auch z. B. Implantate wie Fadenanker, Knochenimplantate, Herniennetze). Sie sind nach § 44 Abs. 6 BMV-Ä gesondert abrechenbar. Allerdings muss beim Auswählen der Materialien auf Wirtschaftlichkeit und medizinische Notwendigkeit geachtet werden. Die Abrechnung erfolgt durch Einreichung der Originalrechnung zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KV. Preisnachlässe (bis auf 3 % Barzahlungsrabatte) müssen an die KVen weitergegeben werden. (57)

Da der gesamte EBM fast 2.000 Seiten umfasst mit zahlreichen unübersichtlichen Ausschlüssen nicht nebeneinander berechnungsfähiger GOPs, bietet die KBV zur Vereinfachung eine Online- und eine App-Version des EBM an.

Die Leistungsvergütung nach EBM erfolgt durch die Gesamtvergütung, welche die Krankenkassen den KVen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung als Budget zur Verfügung stellen. Durch die Gesamtvergütung wird festgelegt, wieviel Geld für die vertragsärztliche Behandlung aller GKV-Versicherten im Kalenderjahr ausgegeben werden kann. Dadurch werden die Gesundheitsausgaben begrenzt, unabhängig davon, wieviel die beteiligten Leistungserbringer tatsächlich an Leistungen erbringen. Die Gesamtvergütung wird jedoch nochmal differenziert, wobei 70 % pauschal als morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) und 30 % als extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) verwendet werden (Abb. 1.6). Die Honorare aus der MGV unterliegen durch Festlegung eines Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) durch die KVen größtenteils einer Mengenbegrenzung, um neben der Unterbindung medizinisch nicht zu begründender Mengenausweitung eine Fairness in der Honorierung im Vertragsarztsektor zu erwirken. Dazu dient das arzt-/praxisspezifische RLV bzw. IB. Bei Überschreitung bestimmter Leistungszahlen werden die Vergütungen abgestaffelt, also nur noch anteilmäßig oder gar nicht mehr vergütet. Das RLV berechnet sich durch

Multiplikation der individuellen Zahl an Behandlungsfällen eines Arztes z. B. im Vorjahresquartal mit dem für die Arztgruppe gültigen durchschnittlichen Fallwert. Zusätzlich zum RLV können qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) die Menge unquotiert abrechenbarer Leistungen erhöhen. Das IB entspricht dem Anteil an den insgesamt erbrachten Leistungen des Vorjahresquartals.

Honorare aus der EGV unterliegen keiner Mengenbegrenzung, da sie für besonders förderungswürdige Leistungen eingesetzt werden. Unter die Vergütung aus der EGV fallen auch die Leistungen für ambulante und belegärztliche Operationen, da keine Mengenbegrenzung für notwendige Operationen existieren darf. Die GOPs für ambulante Operationen sind in Kapitel 31.2, für belegärztliche Operationen in Kapitel 36.2 des EBM zu finden. Für ambulante Operationen setzt sich die Vergütung zusammen aus der präoperativen GOP, die dem Zuweiser zusteht, der operativen GOP, die dem Operateur zusteht, der anästhesiologischen GOP, die dem Anästhesisten zusteht, der postoperativen GOP im unmittelbaren Anschluss an die OP, die entweder dem Anästhesisten oder dem Operateur zusteht und der postoperativen GOP vom 1. bis 21. postop Tag, die entweder dem Operateur oder bei Überweisung dem weiterbehandelnden Vertragsarzt zusteht.

Für die operativen GOPs dürfen ausschließliche OPS-Prozeduren aus dem Anhangs 2 des EBM berechnet werden. Im Anhang 2 findet sich die Zuordnung der OPS-Codes zu den GOPs. Werden mehrere Prozeduren mit entsprechend verlängerter Schnitt-Naht-Zeit (SNZ) durchgeführt, sollen also mehrere OPS-Codes codiert werden, so sind diese nur dann als „Simultaneingriffe" nebeneinander berechnungsfähig, wenn zusätzliche Diagnosen und gesonderte bzw. erweiterte operative Zugangswege vorhanden und dokumentiert sind. Der Begriff Zugangsweg ist allerdings nicht mit dem Hautschnitt gleichzusetzen. Bei Simultaneingriffen wird die SNZ des am höchsten bewerteten (Haupt-)Eingriffs durch Zuschlagspositionen der anderen OPS-Codes erweitert, wenn letztere mindestens 15 Minuten dauern. Sie berechnet sich als Summe der Einzeleingriffszeiten. Je nach den OPS-Codes zugeordneten Kategorien werden Minuten hinzuaddiert (Kategorie 1: 15 Minuten, Kategorie 2: 30 Minuten, Kategorie 3: 45 Minuten, Kategorie 4: 60 Minuten, Kategorie 5: 90 Minuten und Kategorie 6: 120 Minuten). (11, 17, 18, 58, 59)

Im Gegensatz zur Abrechnung der fallpauschalenbezogenen Leistungen im stationären Sektor über das DRG-System, können für ambulante Operationen derzeit keine Kombinationen aus Indikationen (ICD), Prozeduren (OPS), Fallschweren (PCCL) und logischerweise auch keine stationären Verweildauertage bei der Vergütungsberechnung berücksichtigt werden. Grund dafür ist die Einzelleistungsvergütung mit der Folge gleicher Vergütung unterschiedlicher Schweregrade.

Die BV eröffnet neue Möglichkeiten zur Verbesserung sowohl der Vergütung durch Erprobung neuer Vergütungssysteme, als auch Verbesserung des Behandlungspfads und der Versorgungsqualität bei ambulanten und (kurz-) stationären Operationen. In indikationsbezogenen BV-Projekten können Krankenkassen unabhängig von den Grenzen des EBM agieren, um eine effektivere und effizientere Versorgung zu erproben. Damit besteht die Möglichkeit die starren Sektorengrenzen aufzulösen, Anreize für sinnvolle Ambulantisierungspotentiale zu setzen und den Wettbewerb zwischen den Akteuren zu fördern, was wiederum die Versorgungqualität verbessern kann.

2.2 Recherche zu Projekten der Besonderen Versorgung in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie

Durch das GKV-FKG, welches im April 2020 in Kraft getreten ist, wurde durch den neu eingeführten § 293a SGB V eine bundesweite Vertragstransparenzstelle für Selektivverträge der Krankenkassen eingerichtet. Auf der Website des Bundesamts für soziale Sicherung finden sich daher Informationen über BV-Verträge nach § 140a SGB V, die vierteljährlich aktualisiert und veröffentlicht werden. (60) Allerdings werden in dem Verzeichnis nur folgende Angaben erfasst: Vertragsform, vertragschließende Krankenkasse, Art der vertragschließenden Leistungserbringer, Tag des Vertragsbeginns, Tag der Wirksamkeit von Vertragsänderungen, Tag des Vertragsendes, räumlicher Geltungsbereich, Einschlussdiagnosen und Vertragsnummer. Eine Suche nach Fachgebieten ist nicht möglich, sodass die Suchfunktion im Rahmen dieser Arbeit als nicht zielführend eingeschätzt wurde. Die Suche nach allen möglichen Diagnosen der Fachbereiche würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Darüber hinaus konnten auf der Seite aus Datenschutzgründen keine näheren Informationen zu den Leistungserbringern, wie z. B. Namen oder Kontaktdaten, gefunden werden.

Daher erfolgte die direkte Anfrage per Email an alle Krankenkassen mit mindestens 500.000 Versicherten und alle AOKs (61) mit den Anschreiben aus Anhang 1 und 2 (elektronisches Zusatzmaterial). Die Emailadressen wurden auf den Internetseiten der Krankenkassen gefunden (Anhang 3 im elektronischen Zusatzmaterial).

Die 17 KVen wurden ebenfalls direkt per Email mit dem Anschreiben aus Anhang 4 (elektronisches Zusatzmaterial) kontaktiert, nachdem die Kontakt-Emailadressen über die Internetseiten zusammengetragen wurden (Anhang 5 im elektronischen Zusatzmaterial).

Über die Google Suchmaschine (https://www.google.de) wurden Managementfirmen gesucht, die an der BV bzw. IV beteiligt waren. Dafür wurden folgende Suchbegriffe in Kombination miteinander gesucht: „Managementfirma", „Besondere Versorgung", „Integrierte Versorgung". Es erfolgte auch hier die Kontaktaufnahme per Email mit dem Anschreiben aus Anhang 6 (elektronisches Zusatzmaterial), wobei sich die Internetadressen der gefundenen Managementfirmen, die geantwortet haben, in Anhang 7 (elektronisches Zusatzmaterial) wiederfinden.

Teils wurden die Anfragen leicht modifiziert und an die Adressaten angepasst. Im Emailverkehr wurden darüber hinaus Fragen zu weiteren Informationen gestellt, z. B. wie die Abrechnung genau funktioniert oder ob zusätzliche, über die vertragsärztlichen Voraussetzungen hinausgehende, Nachweise zu erbringen sind.

Weitergehend erfolgte eine Suche nach Leistungserbringern der Zielgruppen Plastische Chirurgie und Handchirurgie über die Google Suchmaschine durch Kombinationen der Suchbegriffe: „Besondere Versorgung", „Integrierte Versorgung", „Handchirurgie", „Plastische Chirurgie". Diese Suche erwies sich nicht als zielführend.

Um die aktuellen Projekte der BV in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie besser einordnen zu können, wurde zunächst eine Bestandsaufnahme der Verteilung aktuell ambulant und stationär tätiger Plastischer Chirurgen und Vertragsärzte mit handchirurgischer Zusatzbezeichnung durchgeführt. Außerdem wurde die zahlenmäßige Entwicklung über die Zeit bezogen auf die einzelnen Bundesländer untersucht. Für die Recherche wurden öffentlich zugängliche Daten aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes erfasst und ausgewertet. (37) Dabei wurden folgende gestaltbare Tabellen genutzt:

- Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK (Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung)
- Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildung, BÄK (Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Zusatz-Weiterbildungen (Zusatzbezeichnung))

Eine detaillierte Zuordnung der Zusatzbezeichnung Handchirurgie zu Fachärzten für Plastische Chirurgie war mit den Informationen nicht möglich. Deshalb wurden auf den Internetseiten der KVen (Anhang 5 im elektronischen Zusatzmaterial) in der Vertragsarztsuche aktuell tätige Plastische Chirurgen mit handchirurgischer

Zusatzbezeichnung extrahiert. Die Anzahl der Ärzte, die bei der KV Nordrhein und der KV Westfalen-Lippe registriert waren, wurden summiert, um einen Bundeslandbezug herstellen zu können.

Um einen Bezug auf die Einwohnerzahl herstellen zu können, wurden die je Bundesland tätigen Plastischen Chirurgen, Vertragsärzte mit handchirurgischer Zusatzbezeichnung oder Plastischen Chirurgen mit handchirurgischer Zusatzbezeichnung durch die jeweilige Einwohnerzahl dividiert. Vergleichbares wurde zum Bezug auf die Vertragsärzte und Chirurgen insgesamt durchgeführt. Die Einwohnerzahlen und die Anzahl der Vertragsärzte (ohne Psychotherapeuten) sowie der Chirurgen insgesamt wurden ebenfalls aus den Informationen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes genommen. (37) Dafür wurden folgende gestaltbare Tabellen genutzt:

– Landfläche, Bevölkerung und Bevölkerungsdichte (Landfläche in km^2, Bevölkerung und Einwohner je km^2 der Bundesrepublik Deutschland am 31.12. des Jahres)
– Ärztinnen/Ärzte sowie Psychotherapeutinnen/-therapeuten der vertragsärztlichen Versorgung, u. a. nach Arztgruppen (An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Geschlecht, Teilnahmestatus, Arzt- und Psychotherapeutengruppe)

Eine farbcodierte bundeslandbezogene Darstellung auf der Deutschlandkarte erfolgte mit Hilfe des Flächenkartogramms von Excel 365 (Microsoft, Redmond, USA). Gleichermaßen erfolgte die Darstellung der Anzahl bestätigter vertragsärztlich tätiger Plastischer Chirurgen und Handchirurgen in der BV.



Empirische Studie 3

3.1 Entwicklung des Fragebogens

Gesundheitsökonomische Evaluationen dienen als transparenzschaffendes Instrument, das für Entscheidungen in der Allokation, Regulierung und Entwicklung im Gesundheitswesen als sehr wichtig angesehen wird. Ergebnisse können als Grundlage für Einsatz und Preisbildungen von Gesundheitstechnologien sowie für Erstattungsfähigkeiten von Gesundheitsleistungen durch die GKV genutzt werden. (2) Gesundheitstechnologien sind Präventionsprogramme, medizinische Verfahren, Medikamente, Medizinprodukte, Versorgung in alternativen Organisationsformen, Informationstechnologien und neue Organisationsformen in der Versorgung. Evaluationen werden dabei zur Messung und Bewertung des Nutzens und der Kosten der Gesundheitstechnologien genutzt und werden daher als systematische, empirisch gestützte Bewertungen von Konzeption, Umsetzung, Wirkungen und Nutzen von Versorgungsprogrammen sowie deren Implementierung verstanden. (62)

Evaluationen sollen zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP) beitragen. Daher lassen sie sich optimal in den PDCA-Zyklus (Plan, Do, Check, Act) integrieren. Der PDCA-Zyklus ist ein Regelkreis zur kontinuierlichen (lernenden) Qualitätsverbesserung. Er kann stetig Prozesse und somit Effizienz in der Behandlung, Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit verbessern. Während er in der Industrie und Dienstleistungsbranche einen hohen Stellenwert hat und Bestandteil in DIN-Normen (z. B. DIN EN ISO 9000) ist, bringt er auch Vorteile

---

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_3.

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*,
BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_3

im Gesundheitssektor. Der Zyklus beginnt mit der solldefinierenden „Plan“-Phase vor der eigentlichen Umsetzung des Prozesses, welcher dann in der „Do“-Phase erprobt und in der „Check“-Phase überprüft wird. Bei Erfolgt wird der Prozess in der „Act“-Phase freigegeben. Anschließend beginnt er von vorn.

Durch Einbindung von Evaluationen in der „Check“-Phase können alle Ebenen des Versorgungsmanagements, Versorgungsansätze (z. B. spezielle Patientengruppen) und Instrumente (z. B. Behandlungspfade, Leitlinien) verbessert werden. Daher haben sie gerade in der BV einen hohen Stellenwert. (63) Ein einheitliches Studiendesign gibt es für gesundheitsökonomische Evaluationen nicht. (2)

In der BV können Evaluationen auf verschiedenen Ebenen erfolgen. Als Ebenen gelten die Systemebene, geografische und/oder politische Regionsebenen, die Institutionsebene und die Patientenebene.

Zur Evaluation auf der makroökonomischen Systemebene hat der Bundesverband Managed Care (BMC) eine flexible Bewertungsmatrix etabliert. Sie untersucht vier Dimensionen: das Gesundheitssystem, die medizinische Versorgung, die Patienten und das Management. Innerhalb der Dimensionen werden spezifische Items abgefragt, z. B. in der Medizinischen Versorgungsdimension die Verbesserung der Kommunikation und Koordination, der Abbau von Zugangsbarrieren, die Optimierung der berufsfeldübergreifenden Versorgung, die Komplexität der Versorgung und die Transparenz.

Auf der Mikroebene werden Versorgungsregionen untersucht, also z. B. Einzugsgebiete von Leistungserbringern oder politische Regionen wie Landkreise. Analysen in dem Bereich sind insbesondere für die Versorgungsplanung von Bedeutung.

Evaluationen auf Ebene der Institutionen, also der Versorgungspartner, gewinnen seit Einführung der BV bzw. ehem. IV an Bedeutung. Grund dafür ist, dass mit dem Ziel der Reduktion von Schnittstellenproblemen durch die starren Sektorengrenzen der Erfolg der interdisziplinären und intersektoralen Versorgung gemessen werden soll. Weitergehendes Ziel ist die Untersuchung des Abbaus ungesteuerter Versorgungsfälle, die zu Ineffizienzen, Unzufriedenheit und Gefährdung medizinischer Behandlungsergebnisse führen können. Als mögliche Teile der Analyse werden hier die Bedarfs-, Prozess- und Ergebnisanalyse gesehen.

Die Patientenebene bildet die kleinste Einheit. Hier kommen Untersuchungen von Case-Management- und Disease-Management-Programmen in Frage, die insbesondere auf das medizinische Outcome, die Lebensqualität und die Patientenzufriedenheit abzielen.

Ein Ziel in der BV ist die Nutzenmaximierung bei Kostenminimierung, wobei der Nutzen die Qualität der Versorgung betrifft und die Kosten einerseits das Gesundheitswesen und andererseits den einzelnen Leistungserbringer betreffen.

In der hier vorliegenden Evaluation wurde die BV aus Perspektive der vertragsärztlich tätigen Plastischen Chirurgen und Handchirurgen analysiert. Sie bezog sich also auf Fachgebiete. Es wurden ausschließlich indikationsbezogene BV-Projekte hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit und Qualität untersucht. (63)

Die Erstellung des Fragebogens erfolgte mit dem kostenlosen Open-Source Programm LibreOffice (The Document Foundation, Berlin), damit eine PDF-Datei mit Auswahl- und Freitextfeldern sowie Rücksendebutton erstellt werden konnte (Anhang 8 im elektronischen Zusatzmaterial). Der Aufbau wurde so gewählt, dass zu Beginn eine Erfassung der derzeitigen Projekte der BV mit Anzahl an indikationsbezogenen und Anzahl an populationsbezogenen (indikationsübergreifenden) BV-Projekten durchgeführt wurde. Den Teilnehmern wurde weitergehend die Möglichkeit eingeräumt in Freitexten zu erläutern, ob und warum BV-Projekte beendet wurden, an denen sie teilgenommen haben, oder ob und warum sie selbst ihre Teilnahme daran beendet haben. Anschließend erfolgte die Abfrage des Projektnamens (sofern vorhanden) und das Jahr des Teilnahmebeginns. Es wurden projektbeteiligte Krankenkassen, Fachärzte mit Facharzt-Bezeichnungen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenhäuser, KVen, Managementfirmen und sonstige Beteiligte abgefragt. Dabei wurden Auswahlfelder in dem Fragebogen implementiert nebst Freitextfeldern zur Eintragung von Wörtern und Zahlen. Anschließend erfolgte die Abfrage, wer der Initiator des BV-Projektes war.

Um einschätzen zu können, welche Bedeutung die BV für die Teilnehmer hat, wurde nach dem jährlichen Anteil der in der BV behandelten Patienten an allen jährlich behandelten Patienten gefragt. Weitergehend wurde gefragt, ob regelmäßige Evaluationen stattfinden, wer diese durchführt und wie oft sie durchgeführt werden.

Um eine Einschätzung zur Wirtschaftlichkeit aus der Leistungserbringer-Perspektive vornehmen zu können, sollte eine Analyse der Vergütung in der BV im Vergleich zur RV durchgeführt werden. Damit bestand auch die Möglichkeit einen direkten Vergleich zwischen den beiden Versorgungsarten ziehen zu können. Der Fragebogen erfasste daher zunächst die Kosten, die den Ärzten zusätzlich bei Initiierung bzw. Etablierung des BV-Projektes entstanden sind. Darüber hinaus wurde die Möglichkeit eingeräumt in einem Freitext zu erklären, wofür die Kosten genau entstanden sind.

Da die Honorierung in BV-Projekten häufig pauschaliert erfolgt, wurde abgefragt, ob Sprechstundenbedarf (SSB) in der Vergütung inkludiert ist, wie hoch die Kosten für den SSB generell geschätzt werden und ob trotz Teilnahme am BV-Projekt der SSB gesondert über die KV abgerechnet werden darf.

In einer Tabelle bestand nun die Möglichkeit Indikationen (als Diagnosen oder ICD-10 Code), Setting (ambulant, belegärztlich, sonstige Arten…), die Vergütung und Kosten pro Patient in der BV und RV sowie persönliche Anmerkungen in einem Freitextfeld einzutragen. Für die Vergütung sollten die Teilnehmer Euro-Werte eintragen, die von den Krankenkassen pro Patient für die OP honoriert werden. Die Zahlen sollten als Grundlage genutzt werden, um einen monetären Vergleich zur RV herstellen zu können.

Anschließend wurden sechs Fragen gestellt, die Veränderungen durch die Teilnahme an der BV aufdecken sollten. Zur Erfassung wurde eine Ordinalskala gewählt mit den Auswahlmöglichkeiten „Ich stimme voll zu", „Ich stimme eher zu", „Ich bin unentschlossen", „Ich stimme eher nicht zu" oder „Ich stimme nicht zu". Den Merkmalsausprägungen wurden Zahlen zugeordnet für die spätere Berechnung („Ich stimme voll zu"=1 bis „Ich stimme nicht zu"=5). (64) Es wurde nach der Notwendigkeit zusätzlicher Ausstattungs- oder Personal-Investitionen gefragt und ob der Teilnehmer höhere Ausgaben für Verbrauchsgüter oder höhere Gemeinkosten (z. B. Elektrizität, Internet) durch die BV hat. Hinsichtlich des Kostenaufwandes zum Erreichen des Behandlungsziels wurde gefragt, ob dieser geringer ist in der BV. Abschließend wurde gefragt, ob der Teilnehmer einen erhöhten Gesamtumsatz seiner Praxis durch die BV erzielt.

Zur Einschätzung der Qualität der BV im Vergleich zur RV wurden die im Gesundheitswesen differenzierten Aspekte Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität getrennt voneinander untersucht.

Es wurden 11 Fragen zur Strukturqualität gestellt, beginnend mit der Frage, ob eine Zertifizierung erforderlich war zur Teilnahme an der BV. Dann wurde gefragt, ob eine Mindestanzahl an OPs nachzuweisen war, ob zusätzliche über die KV-Zulassung hinausgehende Qualifikationen vorzuweisen waren oder ob Arzt oder Personal zusätzliche Fortbildungen besuchen mussten. Weitergehend wurde abgefragt, ob die Teilnahme an der BV zu einer Zunahme der Eigenverantwortlichkeit oder zu klarerer Aufgabenverteilung beim Personal führte. Außerdem wurde erfragt, ob der administrative Aufwand größer geworden ist, die Digitalisierung vorangebracht wurde, zusätzliche Anforderungen an Räumlichkeiten (z. B. Barrierefreiheit) gestellt oder zusätzliche Geräte (z. B. Technik, Hard/Software, Schnittstellen) installiert werden mussten.

Ob die Teilnahme an der BV die Prozessqualität beeinflusst hat, wurde durch 19 Fragen evaluiert. Es wurde gefragt, ob Hard- oder Software anwendungsfreundlicher sind und ob zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen erforderlich waren. Weitergehend wurde gefragt, ob der Behandlungspfad (insbesondere hinsichtlich eines flüssigen Ablaufs und hinsichtlich Doppeluntersuchungen), die

Diagnostik oder die Therapie verbessert wurden. Die Teilnehmer sollten einschätzen, ob sie näher an Leitlinien arbeiten, Mittel sparsamer einsetzen oder eine bessere Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, Sanitätshäusern, Physiotherapeuten oder Krankenhäusern durch die BV gegeben ist. Es wurde außerdem gefragt, ob es eine bessere Abstimmung mit der IT gibt, ob die Abläufe sich kontinuierlich durch Evaluationen verbessern, ob regelmäßiger und strukturiertere Teambesprechungen stattfinden, ob Ablaufbeschreibungen (z. B. für Behandlungspfade) neu etabliert wurden. Darüber hinaus wurde gefragt, ob Patientenbefragungen neu eingeführt wurden, ein Beschwerdemanagement etabliert, Checklisten (z. B. im OP) oder ein Fehlermanagement (z. B. durch ein Fehlerberichtssystem) neu eingeführt wurden. Abschließend wurde abgefragt, ob eine Komplikationserfassung oder eine Wartezimmerzeiterfassung neu eingeführt wurde.

Zur Erfassung der Ergebnisqualität, erfolgte die Abfrage nach der behandelten Patientenmenge pro Jahr je angegebener Erkrankung sowie die Anzahl an Patienten pro Jahr mit Komplikationen und Revisions-OPs in der BV und RV. Als Komplikationen wurden alle Ereignisse, die zusätzlichen Aufwand erfordern, definiert. Eine Revisions-OP bezeichnete einen Wiedereingriff nach einer bereits durchgeführten Operation.

Unabhängig davon wurde abgefragt, ob kürzere Wartezeiten auf einen Facharzttermin oder im Wartezimmer in der BV im Vergleich zur RV existieren und ob der Arzt-Patient Kontakt in der Sprechstunde länger ist. Es wurde weitergehend gefragt, ob häufigere Arzt-Patient Kontakte stattfinden, ob die Patientenzufriedenheit höher eingeschätzt wird und ob die Versorgung der Behandlung von Privatpatienten ähnelt. Es wurde gefragt, ob weniger Doppeluntersuchungen und ob weniger Krankenhauseinweisungen stattfinden. Außerdem wurde erfragt, ob durch die BV eine geringere Rehabilitationsdauer, eine schnellere Zurverfügungstellung von Unterlagen (z. B. digitale Entlassbriefe) oder ob eine bessere Versorgung mit Heil-, Hilfs- oder Arzneimitteln erfolgt. Abschließend wurde abgefragt, ob Patienten in der BV eine kürzere Arbeitsunfähigkeit aufweisen.

Bei Entwicklung der Fragen zur Qualität wurden insbesondere Aspekte von (62, 63, 65, 66) berücksichtigt.

Auf der letzten Seite des Fragebogens erfolgte die Abfrage persönlicher Merkmale des Teilnehmers mit Facharzttitel, Zusatzbezeichnungen und weiteren Qualifikationen, außerdem wie lange der Teilnehmer diese in Jahren schon trägt. Es wurde nach der Länge der KV-Zulassung in Jahren gefragt, nach dem Alter und dem Geschlecht des Teilnehmers. Weitergehend wurde gefragt, ob die Tätigkeit in einer Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft oder in einem MVZ erfolgt und wie viele Ärzte dort arbeiten. Es wurde abgefragt, ob

und in wie vielen Krankenhäusern der Teilnehmer belegärztlich oder konsiliarisch tätig ist und ob er in einem eigenen OP-Saal operiert. Am Ende wurde den Teilnehmern noch die Möglichkeit gegeben in Freitexten die Motivation zur Teilnahme an der BV sowie die Vor- und Nachteile der BV im Vergleich zur RV auszuführen.

Um den Rückversandt des Fragebogens so komfortabel wie möglich zu gestalten ohne unnötige technische Hürden, wurden den Teilnehmern drei Möglichkeiten gegeben. Die erste Möglichkeit bestand darin einen „Senden"-Butten am Ende des ausgefüllten Fragebogens zu drücken. Daraufhin öffnete sich, im Falle eines vorhandenen Emailprogramms mit eingerichteter Emailadresse, ein „Neue Email"-Fenster, in dem bereits die Ziel-Emailadresse eingetragen und eine komprimierte Datei im XFDF-Format mit dem ausgefüllten Fragebogeninhalt angehängt war. Somit musste der Teilnehmer nur noch auf den „Email versenden"-Button drücken. Als zweite Variante wurde die Möglichkeit eingeräumt den Fragebogen als PDF-Datei zu speichern und manuell per Email zurück zu senden. Für die dritte Variante wurde ein Postfach bei der Deutschen Post eingerichtet, sodass auch der manuelle Briefversand eines ausgedruckten Fragebogens möglich war.

3.2 Durchführung des Pretests

Bevor der Evaluations-Fragebogen finalisiert wurde, erfolgte die Anfertigung eines zusätzlichen zweiseitigen Pretest-Fragebogens für zwei plastisch-chirurgisch und handchirurgisch tätige Ärzte (Anhang 9 im elektronischen Zusatzmaterial). Mit ihm sollte neben dem zeitlichen Aufwand für das Ausfüllen des Evaluations-Fragebogens eine Einschätzung zu Objektivität, Verständlichkeit, Repräsentativität, Trennschärfe der Formulierungen, Reliabilität und Validität des Evaluations-Fragebogens erfolgen.

Die Ergebnisse der Pretest-Fragebögen durchliefen einen iterativen Prozess, in den auch Laienperspektiven einbezogen wurden (ein externer Forscher; ein Arzt, der an der BV-Versorgung teilnimmt aber nicht der Zielgruppe angehört; eine Medizinstudentin im Praktischen Jahr). Die einzelnen Items wurden dementsprechend verändert, bis keine Unklarheiten oder Ergänzungen seitens der Pretester oder aus Laienperspektive mehr vorhanden waren.

3.3 Durchführung der empirischen Studie

Auf Basis der durch die Suche (vgl. Abschnitt 2.2.) gefundenen Daten, erfolgte die Recherche nach den Emailadressen auf den Internetseiten der vermeintlich an der BV teilnehmenden Plastischen Chirurgen und Handchirurgen. Zur Kontaktaufnahme wurde zunächst eine offene Anfrage an die Ärzte gerichtet, ob sie an der BV teilnehmen. Anschließend erfolgte die gezielte Anfrage, ob eine Teilnahme an der Evaluation gewünscht ist (Anhang 10 im elektronischen Zusatzmaterial). Teils wurden die Anfragen leicht modifiziert und an die Adressaten angepasst. Bei Interesse und Einwilligung in die Teilnahme, wurde ein pseudonymisierter Fragebogen an den jeweiligen Arzt geschickt. Als Pseudonym wurde eine Laufnummer gewählt, die nach Auswertung der Daten zur Anonymisierung gelöscht wurde. Teilweise wurden Erinnerungsmails versendet. Im Emailverkehr wurden darüber hinaus Fragen zu weiteren Informationen gestellt, z. B. ob die angegebenen Euro-Werte die Pauschalenhonorare abbilden oder den Erlös für den Operateur inklusive oder exklusive Betriebskosten.

Je nach Rücksendeart, erfolgte die Einpflege der Daten in eine Exceltabelle per Hand mittels 4-Augen Prinzip oder bei Versandt der XFDF-Datei mittels automatisierten Einlesens in die Exceltabelle. Um die XFDF-Daten automatisiert in die Exceltabelle einlesen zu können, mussten die Entwicklertools in Excel 365 aktiviert und die Datei per Menüpunkt „Importieren“ geladen werden.

3.4 Statistische Auswertung

Die Auswertung erfolgte nach Art der Daten. Für quantitative Daten einer Nominalskala wurden die absoluten und relativen Häufigkeiten angegeben. Quantitative Daten einer Ordinalskala wurden mittels Modalwert, Minimalwert, Quartile, Maximalwert, Interquartilsabstand (I50), mittlerer Quartilsabstand (MQA) und Quartilsdispersionskoeffizient (QDK) veranschaulicht. Die Visualisierung erfolgte zusätzlich in einem Boxplot. Die Boxen gaben den I50 zwischen dem ersten und dritten Quartil an, in dem die mittleren 50% der Daten lagen. Die Antennen visualisierten die Streuung außerhalb der oberen und unteren Quartile, während die Punkte Ausreißer darstellten. Die Linie durch die Box gab den Median und das Kreuz den Mittelwert wieder.

Quantitative Daten einer Ratioskala wurden als Mittelwert ± Standardabweichung dargestellt. Die Veranschaulichung erfolgte hier mit Balken- und Linien-Diagrammen. Die Fehlerindikatoren gaben die Standardabweichung wieder. Wenn Konfidenzintervalle (95%-CI) angegeben wurden, dann wurde der

obere und untere Wert des 95%-Konfidenzintervalls bei Normalverteilung durch Addition bzw. Subtraktion des Produktes aus dem kritischen Wert (1,96) und dem Standardfehler vom Mittelwert gebildet.

Für den Test der Stichproben der Ratioskala auf Normalverteilung wurde zunächst der Shapiro-Wilk Test verwendet. Im Falle einer Normalverteilung kam der t-Test zum Einsatz. Lag keine Normalverteilung vor, wurde der Mann-Whitney-U Test angewandt.

(64, 67)

Für die statistische Auswertung wurde das Programm SigmaPlot (Version 12.3, Systat Software GmbH, Erkrath) verwendet.

Ergebnisse der Projektrecherche und der empirischen Studie

4

4.1 Aktuelle BV-Projekte

4.1.1 Perspektive der Krankenkassen

In Deutschland gibt es zum aktuellen Zeitpunkt 103 gesetzliche Krankenkassen mit 57,2 Mio. Mitgliedern bzw. 73,4 Mio. Versicherten (Mitversicherte eingeschlossen). (68) Die Krankenkasse mit den meisten Versicherten ist die Techniker Krankenkasse (TK) mit 10,8 Mio., gefolgt von der BARMER mit 8,7 Mio. und der DAK mit 5,5 Mio. Versicherten. Die Krankenkassen sind teils zu Verbänden zusammengeschlossen. So bilden die drei eben genannten zusammen mit der 1,6 Mio. Versicherte starken KKH, der ca. 860.000 Versicherte starken hkk, der ca. 530.000 Mitglieder starken HEK den Verband der Ersatzkassen (vdek) mit insgesamt ca. 22,3 Mio. Mitgliedern bzw. ca. 28 Mio. Versicherten. Die elf AOKs bilden den AOK-Bundesverband mit ca. 20,9 Millionen Mitgliedern bzw. 27,0 Millionen Versicherten. Dem BKK Dachverband gehören 76 Krankenkassen mit insgesamt ca. 10 Mio. Versicherten an, darunter die Mobil Krankenkasse, die Audi BKK, die VIACTIV, die pronova BKK, die Bahn-BKK, die BKK VBU und die mhplus BKK. Weitere Krankenkassen mit mindestens 500.000 Versicherten sind die IKK classic und die Knappschaft. (69, 70)

Trotz des Umstandes, dass die BKK zu einem Großteil betriebsbezogene, also geschlossene Betriebskrankenkassen, einschließt, verzeichnet sie von 2017 bis 2020 neben dem AOK-Verbund den größten prozentualen Anstieg an Mitgliedern

Ergänzende Information Die elektronische Version dieses Kapitels enthält Zusatzmaterial, auf das über folgenden Link zugegriffen werden kann https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_4.

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*, BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_4

mit einer über 3 % liegenden Wachstumsrate bezogen auf die eigene Mitgliederzahl 2017. Absolut ist die Mitgliederzahl bei der AOK von 2017 bis 2020 um fast 700.000, bei den vdek-Mitgliedern um fast 400.000 und bei der BKK um ca. 265.000 Mitglieder gestiegen. (37) Gründe für die Änderung der Mitgliederanzahl können beispielsweise Fusionen darstellen. In den letzten 50 Jahren haben diese zu einer massiven Reduktion der Anzahl an Krankenkassen geführt. Weitergehend ist der Druck gewachsen, effizienter zu arbeiten und die Verwaltungskosten zu senken. Neben dem Zusatzbeitrag, den die Mitglieder direkt zu spüren bekommen, besteht seit 2014 durch § 305b SGB V die Verpflichtung, dass die Jahresrechnungsergebnisse im elektronischen Bundesanzeiger und auf der Internetseite der Krankenkassen in einer für Versicherte verständlichen Weise veröffentlicht werden. Folge ist eine Transparenz hinsichtlich der Einnahmen und Ausgaben, der Vermögenssituation sowie der Verwaltungskosten. (71) Ein weiterer wichtiger Grund für die Änderungen der Mitgliederzahlen ergibt sich aus dem Wettbewerb. Um das Interesse eines Beitritts, insbesondere junger gesunder und zahlungskräftiger Mitglieder, zu wecken, sind die Krankenkassen nicht nur unter Druck interne Strukturen agiler, effektiver und effizienter zu gestalten, sondern auch vermehrt Sonderleistungen anzubieten, die andere Krankenkassen nicht leisten, hier beispielsweise Projekte der BV. (72, 73)

Die Resonanz auf die Anfrage bei den Krankenkassen mit über 500.000 Versicherten bzw. den AOKs lag bei 64,3 % (18/28). In Zusammenschau mit den Antworten der Evaluations-Ergebnisse zeigte sich, dass mit 15 der über 500.000 Versicherten starken Krankenkassen bzw. der AOKs über die Hälfte der großen Krankenkassen an BV-Projekten hinsichtlich Ambulanter Operationen beteiligt waren. Davon hatten 7 Krankenkassen BV-Projekte in der Handchirurgie und 2 im Bereich der Plastischen Chirurgie. Auffällig war, dass insbesondere die Krankenkassen mit niedrigen Verwaltungskosten je Versicherten Projekte in der BV mit den o.g. Inhalten anboten. Nur wenige dieser BV-Projekte wurden in Kooperation mit den Kassenärztlichen Vereinigungen, zahlreiche jedoch in Kooperation mit Managementfirmen durchgeführt.

Das Interesse der Krankenkassen an BV-Projekten hat sich bereits in anderen Evaluationen gezeigt. (3)

4.1.2 Perspektive der Kassenärztlichen Vereinigungen

Von den 17 kontaktierten KVen beantworteten 64,7 % (11/17) die Fragen. Nur drei KVen gaben an, zu dem Zeitpunkt der Befragung an indikationbezogenen BV-Projekten mit Ambulanten Operationen beteiligt zu sein, keine im Bereich

der Plastischen Chirurgie oder Handchirurgie. Generelles Interesse zur Teilnahme an BV-Projekten in dem Bereich wurde von einer KV geäußert.

4.1.3 Perspektive der Managementfirmen

Bei der Recherche wurden 6 Managementfirmen gefunden bzw. direkt von Krankenkassen benannt, die zum Zeitpunkt der Anfrage an der BV beteiligt waren. Eine Resonanz kam von 66,7 % (4/6) der Unternehmen. In Anhang 7 (elektronisches Zusatzmaterial) findet sich eine Auflistung der gefundenen Firmen, die geantwortet haben, nebst Firmensitz und Internetadresse. Der Kontakt mit den vier Unternehmen gestaltete sich sehr angenehm und servicebezogen, die Reaktionszeit war schnell, es wurden alle Fragen ausführlich beantwortet und sogar Daten und Zugang zu einem Grouper für Testzwecke zur Verfügung gestellt.

Die Managementunternehmen bilden zahlreiche Prozeduren ab. Teilweise liegt die Anzahl an OPS-Codes bei den Firmen über 10.000 und damit weit über der Anzahl, die sich im AOP-Katalog als Kategorie 1 und 2 Eingriffe finden. Ein Grund dafür ist, dass überwiegend mit Fallpauschalen gearbeitet wird, die sich durch Gruppierung aus ICD- und OPS-Codes zusammensetzen. Daher weisen sie starke Ähnlichkeiten zu den üblichen Fallpauschalen im stationären Sektor auf. Teilweise orientieren sie sich sogar an den originären DRGs, die einfach rabattiert werden (z. B. auf 70 % der Original-DRG). Ein weiterer Grund ist, dass neben üblicherweise ambulant durchgeführten Operationen teilweise auch üblicherweise stationär durchgeführte Operationen über die BV abgerechnet werden können. Auf Grund der pauschalierten Vergütung, besteht damit der Anreiz für Leistungserbringer zur Ambulantisierung, weil eine stationäre Behandlung bei gleichbleibendem Honorar den Erlös selbstverständlich schmälert.

Zur Teilnahme ist bei einigen Firmen der Nachweis von Mindestmengen zur Qualitätssicherung erforderlich, z. B. werden für Handeingriffe mit speziellen DRGs bei einer Firma 150 Eingriffe in den letzten 5 Jahren und mindestens 30 pro Jahr vorausgesetzt. Alternativ kann ein Qualifikationsnachweis vor einem Expertengremium erbracht werden. Größtenteils fällt kein Investitionsaufwand an, jedoch ist meist eine Einarbeitung in die Materie und die Abrechnungsmodalitäten notwendig.

Die Managementfirmen haben Selektivverträge mit zahlreichen Krankenkassen abgeschlossen. Darunter befinden sich die BKKs, die AOKs, die Ersatzkassen und die IKK. Es existieren Verträge mit mehreren tausend Vertragsärzten, MVZs und Kliniken. Die Anzahl an Handchirurgen liegt im zwei- bis dreistelligen Bereich, die der Plastischen Chirurgen bislang nur bei knapp 10 bis 20.

Patienten werden teilweise mit bevorzugter Terminvergabe und der Möglichkeit zur stationären Versorgung auch bei kleineren Eingriffen umworben. Praxen und Kliniken profitieren von einer vergleichsweise höheren und schnelleren sowie extrabudgetären Vergütung. Die Abrechnung erfolgt beispielsweise online über komfortable Abrechnungsportale. Die Managementfirmen verdienen meist anhand einer prozentual festgelegten Provision. Auf Wunsch der Leistungserbringer können regelmäßig neue Leistungen mit den Krankenkassen verhandelt werden.

4.1.4 Perspektive der plastisch-chirurgischen und handchirurgischen Leistungserbringer

Im Jahr 2020 waren 1.468 praktizierende Fachärzte für Plastische Chirurgie bei den Ärztekammern registriert. Das Hauptalter lag zwischen 40 und 50 Jahren. Während 785 stationär tätig waren, führten 599 ihre Tätigkeit ambulant aus, wobei 486 niedergelassen und 113 angestellt waren. Die Anzahl an Fachärzten für Plastische Chirurgie nahm seit 2010 um 97 % zu und hat sich damit fast verdoppelt. Die Zunahme war ähnlich auf den ambulanten wie auf den stationären Sektor verteilt (105 % und 83 %). Der Anteil an Plastischen Chirurgen bezogen auf alle tätigen Chirurgen betrug im Jahr 2010 noch 2,4 %, während er zehn Jahre später bereits bei 3,7 % lag. Die meisten Fachärzte für Plastische Chirurgie waren mit 363 in Nordrhein-Westfalen registriert, gefolgt von 251 in Bayern und 173 in Baden-Württemberg. Am wenigsten gemeldet waren mit 4 in Thüringen, 10 im Saarland und 10 in Mecklenburg-Vorpommern. Der größte ambulante Anteil existierte im Saarland mit 60 %, in Bayern mit 54 % und in Hessen mit 52 %, während nur 9 % der Fachärzte für Plastische Chirurgie in Sachsen-Anhalt, 13 % in Brandenburg, 19 % in Bremen, 20 % in Schleswig-Holstein und 25 % in Thüringen ambulant tätig waren. Über ganz Deutschland betrachtet waren 41 % der Fachärzte für Plastische Chirurgie ambulant tätig.

Über die Vertragsarzt-Suche auf den Internetseiten der KVen (Anhang 5 im elektronischen Zusatzmaterial) wurden insgesamt 402 Fachärzte für Plastische Chirurgie gefunden, von denen 97 in Nordrhein-Westfalen, 76 in Baden-Württemberg und 73 in Bayern zu finden waren. In Thüringen war kein Vertragsarzt mit Facharzt für Plastische Chirurgie in der Suche verfügbar. In Bremen, im Saarland, in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Sachsen waren unter 10 Fachärzte für Plastische Chirurgie registriert.

Während das Verhältnis Vertragsarzt zu Einwohner über ganz Deutschland betrachtet 1 : 824 betrug, lag es für praktizierende Fachärzte für Plastische

Chirurgie (ambulant und stationär) bei ca. 1 : 57.000. Das Verhältnis variierte bundeslandspezifisch sehr stark. So betrug es in Hamburg ca. 1 : 21.000, in Berlin ca. 1 : 32.000 und in Bayern ca. 1 : 52.000, während es in Thüringen bei 1 : 530.000, in Brandenburg bei 1 : 158.000 und in Mecklenburg-Vorpommern bei ca. 1 : 161.000 lag. Der Anteil ambulant und stationär tätiger Fachärzte für Plastische Chirurgie bezogen auf 1 Mio. Einwohner findet sich in Abbildung 4.1.

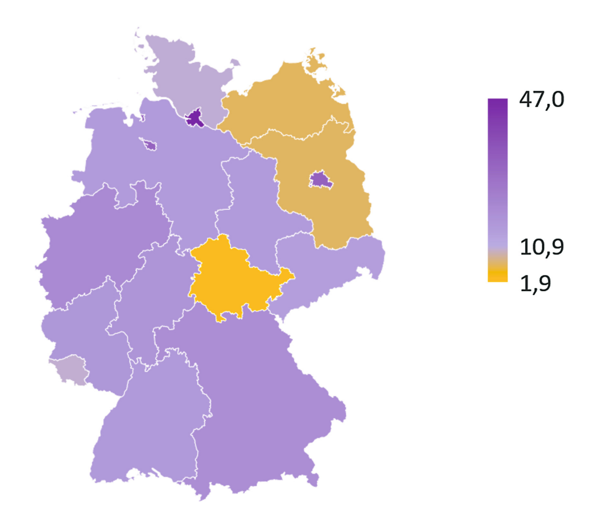


Abbildung 4.1 Anteil ambulant und stationär tätiger Plastischer Chirurgen pro 1 Mio. Einwohner. (Eigene Darstellung nach (37))

Es zeigte sich in einigen Bundesländern im ambulanten und stationären Sektor eine vergleichsweise hohe Versorgung mit Plastischen Chirurgen, hier insbesondere in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin sowie den Bundesländern Bayern und Nordrhein-Westfalen. Währenddessen überwiegte in anderen Bundesländern der ambulante oder stationäre Sektor, insbesondere in Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt und im Saarland. In diesen Bereichen wäre es denkbar, dass je nach Verhältnis ein größeres Gewicht in dem Fachgebiet in der ambulanten oder stationären Versorgung vorherrschte. Allerdings besteht auch die Möglichkeit für Vertragsärzte belegärztliche Tätigkeiten und für Krankenhausärzte ambulante Operationen durchzuführen. Auffällig sind die Bundesländer, in denen weder die ambulante, noch die stationäre Versorgung ausgeprägt war (Abb. 4.2 und 4.3). Inwiefern dort die Versorgungsqualität auf Grund der geringen Anzahl an Plastischen Chirurgen leidet (z. B. mehr Extremitätenamputationen auf Grund geringerer Rekonstruktionsleistungen), bedarf weiterer wissenschaftlichen Untersuchungen.

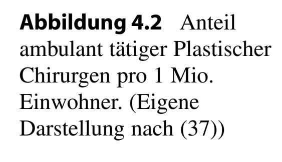


Abbildung 4.2 Anteil ambulant tätiger Plastischer Chirurgen pro 1 Mio. Einwohner. (Eigene Darstellung nach (37))

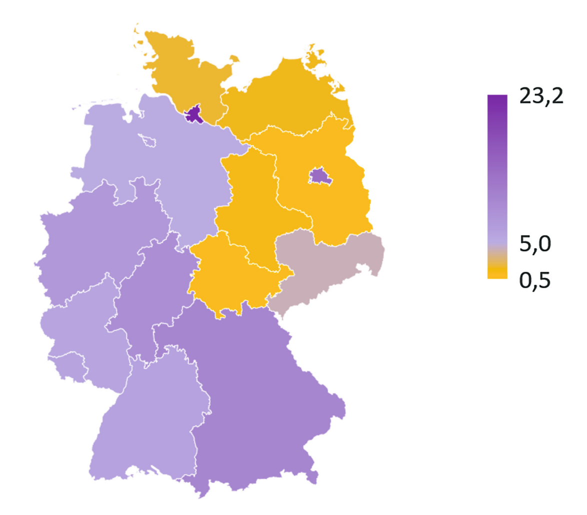
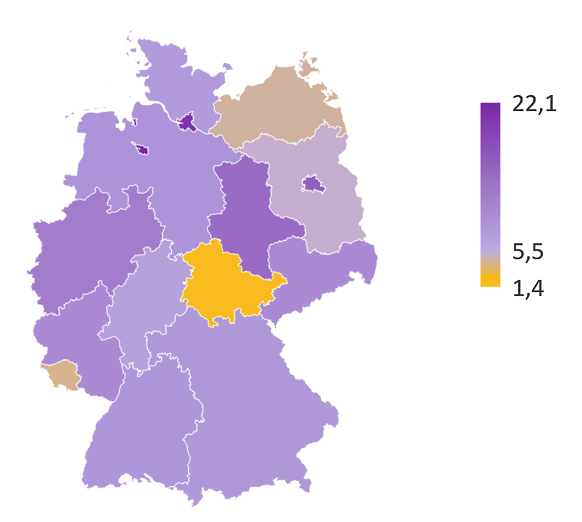


Abbildung 4.3 Anteil stationär tätiger Plastischer Chirurgen pro 1 Mio. Einwohner. (Eigene Darstellung nach (37))



Die Zusatzbezeichnung Handchirurgie führten im Jahr 2020 insgesamt 1.697 ärztlich tätige Fachärzte. Davon waren 987 stationär und 607 ambulant tätig, 485 als Vertragsärzte und 122 als Angestellte. Die Anzahl an Handchirurgen nahm seit 2010 ebenfalls zu, ambulant um 54 %, stationär um 31 % und damit insgesamt um knapp 42 %. Von allen tätigen Chirurgen waren im Jahr 2010

3,8 % und im Jahr 2020 4,3 % Handchirurgen. Das Gro der Handchirurgen mit 472 war 2020 wiederum in Nordrhein-Westfalen zu finden, ebenfalls gefolgt von Bayern und Baden-Württemberg mit 231 bzw. 218 Handchirurgen. Die kleinste Anzahl fand sich wieder mit 24 in Thüringen, 26 in Mecklenburg-Vorpommern, 27 im Saarland und 30 in Sachsen-Anhalt. Ambulant wurde der größte Anteil mit 50 % in Schleswig-Holstein, 48 % im Saarland und 44 % in Niedersachsen registriert. Der geringste Anteil befand sich mit 24 % in Brandenburg, 27 % in Rheinland-Pfalz und 29 % in Bremen.

Es wurden 714 Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie in der Vertragsarzt-Suche der KVen gefunden, davon praktizierten 163 in Nordrhein-Westfalen, 122 in Baden-Württemberg und 99 in Bayern. Weniger als 10 Ärzte waren in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen zu finden.

Das Verhältnis für praktizierende Ärzte (ambulant oder stationär) mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie pro Einwohner lag bei ca. 1 : 49.000. Das Verhältnis variierte auch hier wieder je nach Bundesland, allerdings bei weitem nicht so stark wie in der Plastischen Chirurgie. So betrug es in Bremen ca. 1 : 19.000, in Hamburg ca. 1 : 27.000 und im Saarland ca. 1 : 36.000, während es in Thüringen bei ca. 1 : 88.000, in Brandenburg bei 1 : 77.000 und in Sachsen-Anhalt bei ca. 1 : 73.000 lag. Abbildung 4.4 zeigt den Anteil ambulant und stationär tätiger Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie bezogen auf 1 Mio. Einwohner.

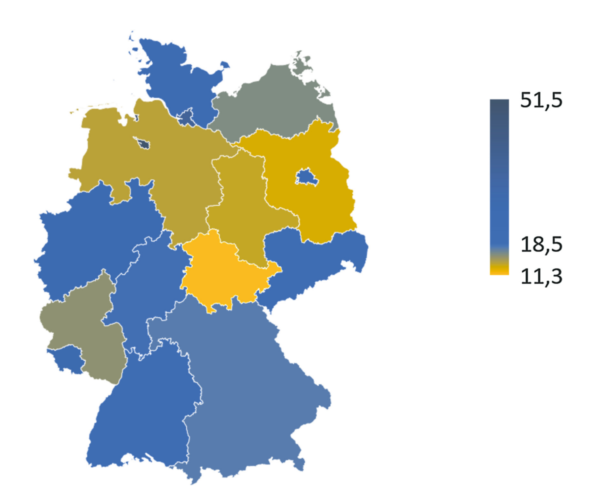


Abbildung 4.4 Anteil ambulant und stationär tätiger Handchirurgen pro 1 Mio. Einwohner. (Eigene Darstellung nach (37))

Auch hier lag keine homogene Verteilung vor. Vor allem Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen hatten eine vergleichsweise spärliche Dichte an ausgebildeten Handchirurgen. Dabei gilt es allerdings zu beachten, dass in einigen Bundesländern von den KVen die Zusatzbezeichnung Handchirurgie nicht als erforderlich angesehen wird, um handchirurgische Behandlungen durchzuführen. So waren beispielsweise in Sachsen-Anhalt 103 Vertragsärzte mit dem „Zusatzangebot: Handchirurgie“ verzeichnet und konnten auch ohne Nachweis einer Zusatzbezeichnung Handchirurgie bei Vorhandensein der Facharztbezeichnung Chirurgie die EBM-Nummer 07330 (Zusatzpauschale Behandlung eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand) bzw. bei Vorhandensein der Facharztbezeichnung Orthopädie oder Orthopädie und Unfallchirurgie die EBM-Nummer 18330 (Zusatzpauschale Diagnostik und/oder orthopädische Therapie eines Patienten mit einer Funktionsstörung der Hand) abrechnen. (74) Damit muss von einer großen Dunkelziffer an praktizierenden Ärzten in der handchirurgischen Versorgung Deutschlands ausgegangen werden, die keinen Facharzt für Plastische Chirurgie oder keine Zusatzbezeichnung Handchirurgie führen.

Die Arztsuche der KVen zeigte weitergehend, dass nur 57,2 % (230 vertragsärztlich tätige Fachärzte für Plastische Chirurgie) handchirurgische Leistungen anboten. Das könnte daher rühren, dass einige KVen bei Plastischen Chirurgen die Zusatzbezeichnung Handchirurgie für handchirurgische Leistungen voraussetzen (11), obwohl die Handchirurgie eine der vier Säulen der Plastischen Chirurgie darstellt und entsprechend in der Musterweiterbildungsordnung abgebildet ist. (26)

Mit Hilfe der Suchkriterien (vgl. Abschnitt 2.2.) konnten 42 Vertragsärzte gefunden werden, die an der BV in der Plastischen Chirurgie und/oder Handchirurgie teilnahmen. Die Kontaktaufnahme erfolgte bei 41 Ärzten per Email, bei einem per Telefon, da keine Emailadresse und kein Kontaktformular auf der Internetseite zu finden war. Von den kontaktierten Ärzten waren 19 Plastische Chirurgen und 34 führten die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Die Verteilung auf die Bundesländer findet sich in Abbildungen 4.5 und 4.6 sowie in Tabelle 4.1.

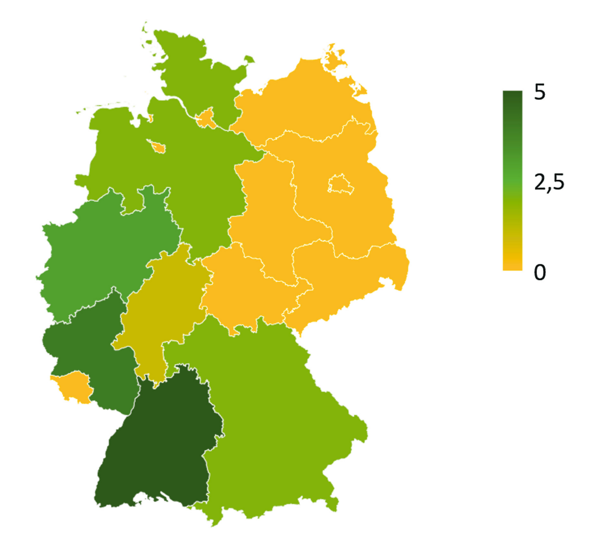


Abbildung 4.5 Ambulant tätige Plastische Chirurgen mit gesicherter Teilnahme an der BV. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung.)

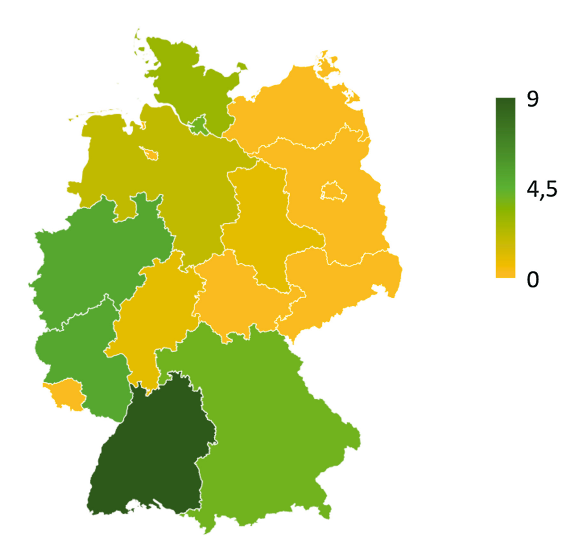


Abbildung 4.6 Ambulant tätige Handchirurgen mit gesicherter Teilnahme an der BV. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung.)

Tabelle 4.1 Verteilung der gefundenen BV-Teilnehmer auf Bundesländer und Fächer

Bundesland	Gesamtanzahl	Anzahl Plastische Chirurgen	Anzahl Handchirurgen
Baden-Württemberg	10	5	9
Bayern	6	2	4
Berlin	0	0	0
Brandenburg	0	0	0
Bremen	0	0	0
Hamburg	4	0	4
Hessen	2	1	1
Mecklenburg-Vorpommern	2	0	0
Niedersachsen	3	2	2
Nordrhein-Westfalen	5	3	5
Rheinland-Pfalz	5	4	5
Saarland	0	0	0
Sachsen	0	0	0
Sachsen-Anhalt	1	0	1
Schleswig-Holstein	4	2	3
Thüringen	0	0	0
Gesamt	42	19	34

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung

Drei Ärzte aus Baden-Württemberg nahmen nicht mehr an der BV teil. Einem war die Abrechnung zu aufwändig, der andere hatte gerade die Stelle gewechselt und es war ihm deshalb zu dem Zeitpunkt noch nicht wieder möglich gewesen in einen Selektivvertag einzutreten, der Dritte war aktuell nicht mehr als Vertragsarzt tätig. Interesse zur Teilnahme an der Evaluation bekundeten 21 Ärzte. Ein Arzt lehnte die Teilnahme an der Evaluation primär ohne Begründung und ohne den Fragebogen gesehen zu haben ab. Keine Rückmeldung erfolgte von 18 Ärzten. Es wurden 21 Fragebögen verschickt. Letztendlich nahmen 15 Ärzte an der Evaluation teil, wobei 8 einen unvollständig und 7 einen vollständig beantworteten Fragebogen zurücksandten. Damit lag die Rücklaufquote mit 71,4 % (15/21) vergleichsweise hoch (Abb. 4.7).

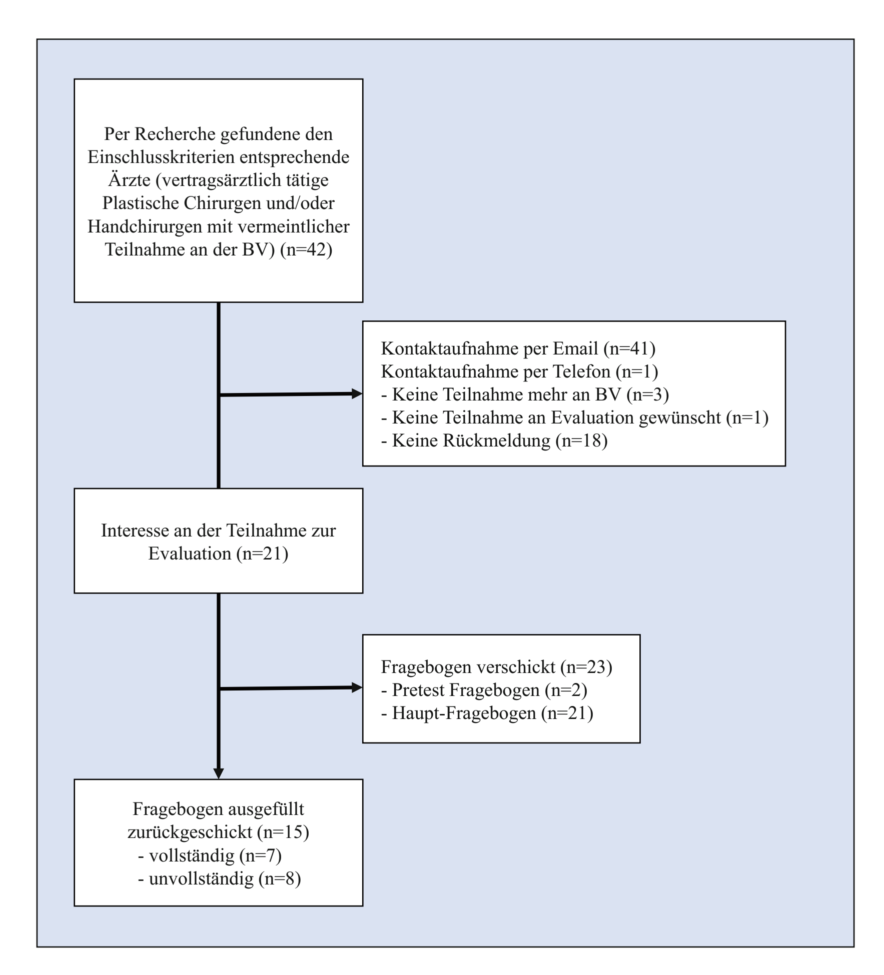


Abbildung 4.7 Flussdiagramm Evaluation der Besonderen Versorgung. (Eigene Darstellung auf Grundlage der erhobenen Daten.)

4.2 Ergebnisse des Pretests

Der Pretest wurde von zwei Plastischen Chirurgen mit der Zusatzbezeichnung Handchirurgie ausgefüllt. Der zeitliche Aufwand zur Bearbeitung des Evaluations-Fragebogens wurde von einem Pretester auf 120 Minuten geschätzt, während das Feld im Pretest von dem anderen nicht ausgefüllt wurde. Als Grund dafür wurde der variable Zeitaufwand zur Beschaffung der Zahlen auf Seite 3 und 4 genannt. Eine Eingrenzung für den zeitlichen Aufwand war daher verständlicherweise schwierig möglich. Während die anderen Items mit großer Wahrscheinlichkeit zügig ausgefüllt werden konnten, könnte die Verfügbarkeit der Zahlen von einigen Teilnehmern nur über externe Verwalter möglich sein.

In Hinblick auf die Objektivität wurde die Verständlichkeit der Instruktionen zu den Fragen einmal mit dem Freitext „Gut verständlich“ und einmal mit der Auswahl „Nein“ und dem Freitext „Sehr viele Fragen, zum Teil zu detailliert“ beantwortet. Eine Anpassung wurde vor Versenden des Evaluations-Fragebogens während des iterativen Korrekturprozesses durchgeführt. Die Verständlichkeit der Fragen wurde einmal mit „Ja“ bestätigt und einmal im Freitext als „Gut verständlich“ deklariert, es wurde allerdings angemerkt, dass nicht ganz klar war, auf welche Jahre sich die Anzahl der OPs beziehen. Daher wurde im Evaluations-Fragebogen zusätzlich der Begriff „durchschnittlich“ eingefügt. Ziel war es, mögliche Beeinträchtigungen der Zahlen durch die Corona-Pandemie in den Jahren 2020 und 2021 auszugleichen und somit Zahlen eines regulären Arbeitsjahres abschätzen zu können. Die Frage nach der Repräsentativität des Fragebogens für den Untersuchungsgegenstand und die Grundgesamtheit wurde einmal mit „Nein“ beantwortet mit der Bemerkung, dass bei der ärztlichen Behandlung ethische Gesichtspunkte vor ökonomische gestellt werden sollten. Der andere Pretester führte auf, dass auch Mischkalkulationen von Interesse wären, weil es in der BV vorkomme, dass Eingriffe schlechter honoriert würden als über den EBM. Darüber hinaus wurde der wichtige Hinweis gegeben, dass Verhandlungen anders geführt würden, wenn mehrere Fachrichtungen involviert seien. Daher wurde bereits im Pretest auf die Heterogenität der Selektivverträge verwiesen.

Hinsichtlich der Trennschärfe wurde die Eindeutigkeit der Formulierungen einmal mit „Ja“ beantwortet, einmal wurde kein Feld ausgewählt.

Die Reliabilität wurde einmal als gegeben bewertet, einmal wurde angemerkt, dass ggf. genauere Zahlen angegeben würden.

Bezüglich der Validität wurde die Frage, ob der Fragebogen tatsächlich das misst, was er soll, hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnis-Qualität einmal mit „Ja“ und hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit einmal mit „Nein“ angekreuzt. Begründet wurde die Einschätzung damit, dass die Wirtschaftlichkeit von

nicht planbaren Faktoren, wie z. B. der Corona-Pandemie, abhängen könne. Eine Verbesserung war diesbezüglich in dem Evaluations-Fragebogen nur mit Hilfe von Durchschnittswerten aus den letzten Jahren möglich. Der andere Pretester schätzte eher die Praktikabilität ein und fügte einen Freitext ein, der auf die Problematik verwies, dass das Ankreuzen der Auswahlfelder im Fragebogen häufig nicht möglich sei. Daher wurde den Teilnehmern an der Evaluation die Möglichkeit eröffnet den Bogen auszudrucken, manuell auszufüllen und per Post zurück zu senden.

Die Probleme konnten demnach durch den iterativen Korrekturprozess gelöst werden.

4.3 Persönliche Daten der Leistungserbringer

Insgesamt nahmen 15 Teilnehmer an der Evaluation teil. Davon waren 13,3 % weiblich (2/15) und 86,7 % männlich (13/15). Das Durchschnittsalter lag bei 51,2 ± 6,3 Jahren (95 %-CI: 47,9 bis 54,5). Von den teilnehmenden Ärzten waren 8 Fachärzte für Plastische Chirurgie, 7 Fachärzte für Chirurgie, 4 Fachärzte für Unfallchirurgie oder Orthopädie und Unfallchirurgie. 10 Teilnehmer trugen die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Es nahm außerdem ein HNO-Arzt teil, da er durch seine Zusatzbezeichnung „Plastische Operationen“ für bestimmte plastisch-chirurgische Eingriffe zugelassen war. Ein Arzt, der auf Grund persönlicher Umstände aktuell nicht mehr an der vertragsärztlichen Tätigkeit teilnahm, aber Erfahrung mit der BV gesammelt hatte, nahm ebenfalls teil. Er wurde explizit eingeschlossen, weil seine Erfahrung in der BV für die Einschätzung der Qualität und Wirtschaftlichkeit als wertvoll erachtet wurde. Die Dauer seit Erlangung des Facharzt-Titels lag durchschnittlich 16,1 ± 6,3 Jahre (95 %-CI: 12,5 bis 19,7), die Dauer seit Erlangung der Zusatzbezeichnung Handchirurgie 10,7 ± 6,6 Jahre (95 %-CI: 6,6 bis 14,8) zurück. Zusätzliche Zusatzbezeichnungen einzelner Teilnehmer waren im Bereich Sportmedizin, Notfallmedizin/Rettungsmedizin, Chirotherapie, orthopädische Rheumatologie, Manuelle Medizin und Psychotherapie. Weitere Zusatzqualifikationen einzelner Teilnehmer lagen in der Musikphysiologie, in der Wirtschaft (MHBA, Master of Economics), in Recht (Master of Laws) und europäischen Facharztpendants der Handchirurgie (FESSH, FEBHS) und der Plastischen Chirurgie (FEBOPRAS). Die Zulassung als Vertragsarzt lag im Durchschnitt 8,1 ± 6,9 Jahre (95 %-CI: 4,33 bis 11,82) in der Vergangenheit. 4 Teilnehmer gaben an in Einzelpraxen tätig zu sein, in einer der Einzelpraxen arbeiteten 3 Ärzte. 8 Teilnehmer waren in einer Gemeinschaftspraxis tätig mit durchschnittlich 5,1 ± 4,5 Ärzten und 3 in Praxisgemeinschaften mit 4,7 ± 5,5

Ärzten, während 2 Teilnehmer in MVZs mit durchschnittlich 18,5 ± 23,3 Ärzten tätig waren. Von den Teilnehmern waren 5 als Belegärzte in einem Krankenhaus und einer in zwei Krankenhäusern tätig. Konsilarzt in einem Krankenhaus waren 3 Teilnehmer. Von allen Teilnehmern operierten 12 in einem eigenen OP-Saal. Die Teilnehmer praktizierten in 7 verschiedenen Bundesländern, nämlich 3 in Baden-Württemberg, 3 in Bayern, 3 in Nordrhein-Westfalen, 2 in Schleswig-Holstein, 2 in Mecklenburg-Vorpommern, einer in Hessen und einer in Rheinland-Pfalz.

4.4 Daten zu den aktuellen BV-Projekten

Jeder Teilnehmer nahm im Durchschnitt an 3,5 ± 5,2 indikationsbezogenen BV-Projekten teil. Nur zwei Teilnehmer gaben an, dass sie an populationsbezogenen BV-Projekten beteiligt waren. Allerdings handelte es sich bei den beiden genannten BV-Projekten mit großer Wahrscheinlichkeit ebenfalls um indikationsbezogene BV-Projekte, da eindeutige Kombinationen aus Diagnosen und chirurgischen Prozeduren vergütet wurden. Die bisherige Dauer der Teilnahme lag bei 5,4 ± 5,4 Jahren, wobei die früheste Teilnahme bereits im Jahr 2003 begonnen wurde. Im Durchschnitt waren 5,0 ± 4,8 Fachärzte an den BV-Projekten beteiligt, darunter waren neben Plastischen Chirurgen, Chirurgen, Unfallchirurgen, Orthopäden und Handchirurgen auch Anästhesisten, Gefäßchirurgen, Kinderchirurgen, Neurochirurgen und HNO-Ärzte. Ein Teilnehmer gab an, dass ca. 400 Ärzte an einem Gesamtprojekt teilnahmen. Diese Zahl wurde bei der eben genannten Berechnung ignoriert, da es sich um ein besonders großes BV-Projekt handelte, welches sich von den üblichen indikationsbezogenen BV-Projekten als Ausreißer abhebte. Insgesamt waren 2 Managementfirmen, 3 KVen und 78 Krankenkassen beteiligt, darunter waren die Ersatzkassen, die BKKs, die IKK und eine AOK. An einem BV-Projekt war ein Physiotherapeut und ein Ergotherapeut, an einem anderen BV-Projekt 5 Physiotherapeuten beteiligt. An 5 BV-Projekten war ein Krankenhaus beteiligt.

Als Initiator für das BV-Projekt oder die Teilnahme daran wurden zehnmal Chirurgen oder Orthopäden genannt, zweimal zusammen mit Anästhesisten, und einmal eine Praxisklinik. Zusätzliche Kosten für die Initiierung wurden von 4 Teilnehmern genannt, während 9 Teilnehmer angaben, dass keine zusätzlichen Kosten entstanden seien. Im Durchschnitt lagen die zusätzlichen Kosten damit bei 338,46 ± 623,88 Euro, wobei die Maximalausprägung bei 2.000 Euro lag. Dabei entstanden die Kosten insbesondere für die Ergänzungen des Praxisverwaltungsprogramms, für die Schulung von Mitarbeitern, für die EDV und Verwaltungsgebühren sowie für die Abrechnungsfirma.

Regelmäßige Evaluationen zu den BV-Programmen wurden von 10 Teilnehmern bejaht, wobei 4 Chirurgen und eine MFA selbst, eine Hochschule, eine Qualitätsmanagementeinrichtung und ein Geschäftsführer evaluierten. Darüber hinaus wurde genannt, dass Patienten einen Fragebogen ausfüllen. Die Evaluationen wurden monatlich, quartalsweise, einmal oder zweimal jährlich angegeben bzw. bei jedem BV-Patienten. Keine regelmäßigen Evaluationen wurden von 5 Teilnehmern angegeben.

Die Kosten für den SSB pro Patient von Erstvorstellung bis zum Abschluss des Krankheitsfalls wurden von 7 Teilnehmern auf durchschnittlich $67{,}86 \pm 48{,}64$ Euro geschätzt, wobei die niedrigste Schätzung bei 30 und die höchste bei 150 Euro lag. 5 Teilnehmer gaben an, dass der SSB inkludiert sei, 3 Teilnehmer gaben an, dass er möglich sei über die BV abzurechnen.

Der Anteil an Patienten, die an der BV teilnahmen wurde auf jährlich durchschnittlich 8,26 % geschätzt, wobei die minimale Ausprägung bei 1 % und die maximale bei 30 % lag.

Die Ausführungen zur Motivation an der Teilnahme der BV finden sich in Tabelle 4.2. Die Vorteile der BV wurden insbesondere mit der höheren Vergütung und der effizienteren Ressourcennutzung, der monatlichen Abrechnung und Vergütung, dem Wegfall von Plausibilitätsprüfungen sowie der vom MDK unabhängigen Liegedauer bei stationären Patienten benannt. Weitergehend wurde die Kostendeckung der Praxis genannt. Für Patienten wurde die bevorzugte Terminierung aufgeführt.

Als Nachteile der BV im Vergleich zur RV wurde die Gewährleistungs-Verpflichtung angeführt, also dass Revisions-Operationen nicht zusätzlich vergütet wurden. Außerdem wurde der Aspekt, dass Sachkosten nicht erstattet werden, als negativ bewertet. Weitergehend wurden der erhöhte Verwaltungsaufwand, mehr Bürokratie und in einem Fall die Nutzung eines gesonderten kostenintensiven IT-Programms (hier SAP) negativ bewertet. Die Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden als „zäh“ beschrieben und die Gefahr der jederzeit möglichen Vertragskündigung wurde als Risiko benannt. So sei die Zusammenarbeit in einigen BV-Projekten von Krankenkassen, teils trotz Wirtschaftlichkeit des Gesamtprojekts, aus unternehmensstrategischen Gründen gekündigt worden. Eine Kündigung seitens der Teilnehmer war bislang nicht erfolgt.

Tabelle 4.2 Motivation zur Teilnahme an der BV

Teilnehmer	Schriftliche Ausführung
1	„Deutlich höherer Erlös als über die KV.“
2	„Die bessere Vergütung. Die Möglichkeiten Patienten auch stationär zu behandeln.“
3	„Dass die Vergütung monatlich erfolgt im Gegensatz zur KV Vergütung, die mit 6 Monaten Latenz zur erbrachten Leistung erfolgt, die Vergütung insgesamt der ärztlichen Leistung deutlich gerechter wird als im Rahmen des EBM.“
4	„Finanzieller Aspekt.“
5	„Bessere Vergütung.“
6	„Verbesserte Vergütung.“
7	„Höhere Vergütung bei OP in lokaler Betäubung und wenigen Komplikationen.“
8	„Umsatzsteigerung.“
9	„Teilnahme im Verbund, höhere Einnahmen.“
10	„Höhere Vergütung.“
11	„Teilnahme nur an nicht indikationsspezifischer BV.“
12	„System bestand schon bei meinem Eintritt… Initial war einerseits die attraktivere Vergütung und vor allem die Möglichkeit unabhängig von Liegedauervorgaben Patienten stationär oder auch evtl. ambulant zu behandeln ausschlaggebend.“
13	„Höherer Erlös.“
14	„Zusammenarbeit mit anderen Kollegen, kurze Wege, planbares Einkommen.“
15	„Abrechnung außerhalb der KV.“

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung (Rechtschreibung angepasst und anonymisiert)

4.5 Ergebnisse zur Wirtschaftlichkeit

Die Auswertung der Auswahlfragen zur Wirtschaftlichkeit ergab, dass eher nicht in zusätzliche Ausstattung und zusätzliches Personal investiert werden musste für die Teilnahme an BV-Projekten, und dass die Teilnahme an der BV eher keine höheren Gemeinkosten (z. B. Elektrizität, Internet) mit sich brachte. Ein Drittel stimmte jedoch eher dafür, dass die BV mit höheren Ausgaben für Verbrauchsgüter verbunden war. Um das Behandlungsziel zu erreichen wurde der

Kostenaufwand nur von zwei Teilnehmern als geringer angesehen im Vergleich zur RV. Ziemlich eindeutig wurde der Gesamtumsatz der Praxis durch die BV als erhöht eingeschätzt (Abb. 4.8, Anhang 11 im elektronischen Zusatzmaterial).

Ich musste in zusätzliche Ausstattung investieren
Ich musste in zusätzliches Personal investieren
Ich habe höhere Ausgaben für Verbrauchsgüter
Ich habe höhere Gemeinkosten (z.B. Elektrizität, Internet)
Geringerer Kostenaufwand zum Erreichen des Behandlungsziels
Erhöhter Gesamtumsatz meiner Praxis
1 - Ich stimme voll zu
2 - Ich stimme eher zu
3 - Ich bin unentschlossen
4 - Ich stimme eher nicht zu
5 - Ich stimme nicht zu

Abbildung 4.8 Einschätzung des Einflusses der BV auf die Wirtschaftlichkeit. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung. Links sind die Fragen aufgeführt, rechts der zugehörige Boxplot.)

In die Tabellen auf Seite 2 und 3 des Fragebogens wurden teilweise Diagnosenamen, teilweise ICD-10 Codes und teilweise Prozeduren oder OPS-Codes eingetragen. Daher musste zunächst eine tabellarische Erfassung der Daten erfolgen. Anschließend wurde die Tabelle nach den Fachbereichen Plastische Chirurgie und Handchirurgie sortiert, und es erfolgte eine Zuordnung der passenden ICD-10 Codes zu den OPS-Codes. Insgesamt ergaben sich 30 verschiedene Diagnosen (11 plastisch-chirurgische, 19 handchirurgische) und 35 verschiedene Prozeduren (8 plastisch-chirurgische, 27 handchirurgische). Tabellen 4.3 und 4.4 liefern eine Übersicht über die ICD-10 Codes, Diagnosen, OPS-Codes und Prozeduren, die bei den Teilnehmern der Evaluation über die BV abgerechnet wurden.

Von den 15 Teilnehmern wurden in den benannten Fächern jährlich insgesamt 993 Operationen über die BV abgerechnet, also durchschnittlich etwas mehr als 66 Operationen pro Operateur, während 3.414 Operationen gleicher Art über die RV abgerechnet wurden, also knapp über 227 Operationen pro Operateur. Demnach entsprach der Anteil über die BV abgerechneter Operationen hinsichtlich der genannten Diagnosen und Prozeduren 22,5 % im Evaluationskollektiv.

Tabelle 4.3 Plastisch-chirurgische Diagnosen und Prozeduren, die bei den Teilnehmern der Evaluation über die BV abgerechnet werden

ICD-10 Code	Diagnose	OPS-Code	Prozedur
n.v.	n.v.	5–902	Freie Hauttransplantation
n.v.	n.v.	5–903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut
n.v.	n.v.	5–906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut
n.v.	n.v.	5–903.69	Großflächige Rotations-Plastik an der Hand
C44.1, C43.1, D04.1, D03.1, C44.3, C43.3, D04.3, D03.3	Bösartiger Tumor der Haut am Augenlid/im Gesicht	5–895	Radikale Exzision von erkranktem Gewebe an der Haut
L98.7	Überschüssige und erschlaffte Haut und Unterhaut	5–546.2	Plastische Rekonstruktion der Bauchwand
N62	Hypertrophie der Mamma	5–879.1	Exzision und Resektion von Gewebe an der Mamma
Q17.5	Abstehendes Ohr	5–184.0	Plastische Korrektur abstehender Ohren

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung. Die Bezeichnung der Diagnosen und Prozeduren wurden anhand (75) erhoben und vereinfacht dargestellt. n.v.: nicht verfügbar auf Grund multipler möglichen Diagnosen und Lokalisationen.

Tabelle 4.4 Handchirurgische Diagnosen und Prozeduren, die bei den Teilnehmern der Evaluation über die BV abgerechnet werden

ICD-10 Code	Diagnose	OPS-Code	Prozedur
G56.0	Karpaltunnel-Syndrom	5–056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nervens
M13.84, M19.24	Arthritis oder Arthrose an der Hand	5–824.90	Eine Fingergelenkendoprothese (PIP-Gelenk)
M15.2	Bouchard-Arthrose	5–847.57	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (PIP-Gelenk)
M13.84, M19.24	Arthritis oder Arthrose an der Hand	5–847.64	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (MP-Gelenk)
M13.84, M19.24	Arthritis oder Arthrose an der Hand	5–847.67	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (PIP-Gelenk)
M18.1	Rhizarthrose	5–847.00, 5–847.02	Resektionssuspensionsarthroplastik
M18.1	Rhizarthrose	5–847.62	Resektionsarthroplastik mit alloplastischem Material
M19.23	Arthrose Handgelenk	5–808.6	Arthrodese Handgelenk
M19.94	Arthrose an der Hand	5–846.0	Teilarthrodese Handgelenk
M19.94	Arthrose an der Hand	5–846.6	Mehrere Fingergelenkarthrodesen (PIP-Gelenk)
M24.14	Gelenkknorpelschädigungen am Handgelenk	5–801.06	Exzision am distalen Radioulnargelenk
M24.14	Gelenkknorpelschädigungen am Handgelenk	5–812.b	Resektion des Discus triangularis
M65.3	Schnellender Finger	5–840.31	Ringbandspaltung: Beugesehnen Langfinger
M65.4	Tendovaginitis stenosans de Q uervain	5–840.35	Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen
M66.23	Spontanruptur von Strecksehnen	5–840.c3	EI-Transfer
M67.44	Ganglion an der Hand	5–849.0	Exzision eines Ganglions

(Fortsetzung)

Tabelle 4.4 (Fortsetzung)

ICD-10 Code	Diagnose	OPS-Code	Prozedur
M72.0	M. Dupuytren	5–842.3	Fasziektomie total, Hohlhand isoliert
M72.0	M. Dupuytren	5–842.71	Fasziektomie mit Neurolysen und Arteriolysen mehrerer Finger
M84.03	Frakturheilung in Fehlstellung Handgelenk	5–781.96	Komplexe Osteotomie mit Achsenkorrektur am distalen Radius
S52.51, S52.50	Distale Radiusfraktur	5–793.k6	Plattenosteosynthese (winkelstabil) einer einfachen distalen Radiusfraktur
S52.51	Distale Radiusfraktur	5–794.26	Plattenosteosynthese einer mehrfragmentären distalen Radiusfraktur
S52.50	Distale Radiusfraktur	5–794.k6	Plattenosteosynthese (winkelstabil) einer mehrfragmentären distalen Radiusfraktur
S62.0	Scaphoid Fraktur	5–796.0a	Schraubenosteosynthese Scaphoid
S62.24	Fraktur 1. Mittelhandknochen	5–790.1b	Osteosynthese des 1. Mittelhandknochens
S63.4	Bandruptur an der Hand	5–840.e0	Bandrekonstruktion durch Sehne
S63.4	Bandruptur an der Hand	5–847.63	Bandrekonstruktion mit alloplastischem Material

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung. Die Bezeichnung der Diagnosen und Prozeduren wurden anhand (75) erhoben und vereinfacht dargestellt.

Anschließend wurden die OPS-Codes hinsichtlich der Empfehlungen des AOP-Katalogs den Kategorien 1 (nur ambulante Erbringung) und 2 (entweder ambulante oder stationäre Erbringung) zugeordnet und mit dem Setting verglichen, das von den Teilnehmern der Evaluation angegeben wurde (Tabellen 4.5 und 4.6). Während zwei Prozeduren entweder Kategorie 1 oder 2 im AOP-Katalog zugeordnet waren, wurden sie von den Teilnehmern als ambulant durchführbar angegeben. Allerdings gilt es dabei zu beachten, dass die Prozeduren deutliche Unterschiede in ihrer Ausprägung aufweisen können, denn Hauttransplantationen und Lappenplastiken können einfach und klein, aber auch schwierig, aufwändig, risikobehaftet und groß sein. 5 Prozeduren aus Kategorie 2 des AOP-Katalogs

wurden von den Teilnehmern als ambulant durchführbar angegeben und 4 Prozeduren als ambulant durchführbar angegebene Prozeduren sind im AOP-Katalog nicht zu finden.

Folglich findet sich in der BV ein hervorragendes Instrument, um Ambulantisierungspotentiale für Prozeduren, die nicht im AOP-Katalog aufgeführt sind, aufzudecken und auszuschöpfen.

Tabelle 4.5 Plastisch-chirurgische Prozeduren mit Zuordnung nach AOP-Kategorie und Setting der Teilnehmer der Evaluation in der BV

OPS-Code	Prozedur	AOP-Kategorie	Setting (Evaluation)
5–902	Freie Hauttransplantation	1 oder 2	Ambulant
5–903	Lokale Lappenplastik an Haut und Unterhaut	1 oder 2	Ambulant
5–906	Kombinierte plastische Eingriffe an Haut und Unterhaut	2	Ambulant
5–903.69	Großflächige Rotations-Plastik an der Hand	2	k.A.
5–895	Radikale Exzision von erkranktem Gewebe an der Haut	n.v.	Ambulant
5–546.2	Plastische Rekonstruktion der Bauchwand	n.v.	Stationär
5–879.1	Exzision und Resektion von Gewebe an der Mamma	n.v.	Ambulant / Stationär
5–184.0	Plastische Korrektur abstehender Ohren (einseitig)	1	Ambulant
5–184.0	Plastische Korrektur abstehender Ohren (beidseitig)	1	Ambulant

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung. Die AOP-Kategorie entspricht den Angaben aus (7). n.v.: nicht verfügbar, k.A.: keine Angabe.

Tabelle 4.6 Handchirurgische Prozeduren mit Zuordnung nach AOP-Kategorie und Setting der Teilnehmer der Evaluation in der BV

OPS-Code	Prozedur	AOP-Kategorie	Setting (Evaluation)
5–056.3	Neurolyse und Dekompression eines Nervens	1	Ambulant
5–824.90	Eine Fingergelenkendoprothese (PIP-Gelenk)	2	k.A.
5–847.57	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (PIP-Gelenk)	2	k.A.
5–847.64	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (MP-Gelenk)	2	k.A.
5–847.67	Mehrere Fingergelenkendoprothesen (PIP-Gelenk)	2	k.A.
5–847.00, 5–847.02	Resektionssuspensionsarthroplastik	2	Ambulant / Stationär
5–847.62	Resektionsarthroplastik mit alloplastischem Material	2	Ambulant
5–808.6	Arthrodese Handgelenk	n.v.	k.A.
5–846.0	Teilarthrodese Handgelenk	2	k.A.
5–846.6	Mehrere Fingergelenkarthrodesen (PIP-Gelenk)	2	k.A.
5–801.06	Exzision am distalen Radioulnargelenk	2	Ambulant
5–812.b	Resektion des Discus triangularis	1	k.A.
5–840.31	Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Langfinger	1	k.A.
5–840.35	Sehnenfachspaltung: Strecksehnen Daumen	1	k.A.
5–840.c3	EI-Transfer	2	Ambulant / Stationär
5–849.0	Exzision eines Ganglions	1	Ambulant
5–842.3	Fasziektomie total, Hohlhand isoliert	2	Ambulant / Stationär
5–842.71	Fasziektomie mit Neurolysen und Arteriolysen mehrerer Finger	n.v.	Ambulant / Stationär

(Fortsetzung)

Tabelle 4.6 (Fortsetzung)

OPS-Code	Prozedur	AOP-Kategorie	Setting (Evaluation)
5–781.96	Komplexe Osteotomie mit Achsenkorrektur am distalen Radius	n.v.	k.A.
5–793.k6	Plattenosteosynthese (winkelstabil) einer einfachen distalen Radiusfraktur	n.v.	Ambulant
5–794.26	Plattenosteosynthese einer mehrfragmentären distalen Radiusfraktur	n.v.	k.A.
5–794.k6	Plattenosteosynthese (winkelstabil) einer mehrfragmentären distalen Radiusfraktur	n.v.	k.A.
5–796.0a	Schraubenosteosynthese Scaphoid	2	Ambulant
5–790.1b	Osteosynthese des 1. Mittelhandknochens	2	Ambulant
5–840.e0	Bandrekonstruktion durch Sehne	2	k.A.
5–847.63	Bandrekonstruktion mit alloplastischem Material	2	k.A.

Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung. Die AOP-Kategorie entspricht den Angaben aus (7). n.v.: nicht verfügbar, k.A.: keine Angabe.

Bezüglich der Honorare wurden von den Teilnehmern teils die Pauschalen für die Gesamtbehandlung angegeben und teils die Vergütung, die der Operateur für seine Operation erhielt. Letztere enthielten darüber hinaus manchmal noch die Betriebskosten, manchmal jedoch auch nicht. Um dieser Problematik zu begegnen erfolgte eine erneute Kontaktaufnahme mit allen Teilnehmern zur Verbesserung der Differenzierung in Pauschalenhonorar und Operateur-Vergütung. Von den Operateur-Vergütungen sollten die Betriebskosten noch nicht abgezogen sein, weil sie für den Vergleich mit den EBM-Vergütungen in der RV herangezogen werden sollten, die ebenfalls die Betriebskosten decken müssen. Da einige Teilnehmer die Betriebskosten nicht ermitteln konnten und daher nur den Euro-Wert angeben konnten, den sie persönlich erhielten (also bereits nach Abzug der Betriebskosten), existierte weiterhin eine Unschärfe bei den Operateur-Vergütungen in der BV, die damit eher zu niedrig anzusehen sind. Der Anteil, der für den Operateur aus der Pauschale übrig blieb lag für die Positionen, bei denen beide Werte (Pauschalen und Operateur-Vergütungen in der BV) vorhanden

waren, bei 49,05 % (n = 87). Das spiegelt den o.g. Sachverhalt insofern wieder, als dass die Bezahlung der Anästhesie zwar bei manchen Teilnehmern bei knapp 50 % der Pauschalen lag, bei anderen Teilnehmern die Anästhesie aber nach EBM bezahlt wurde und damit deutlich unter 50 % der Pauschalen verbrauchten. Einige Teilnehmer gaben außerdem an, gewisse Eingriffe ganz ohne Anästhesie durchzuführen (z. B. in Lokalanästhesie oder WALANT-Technik (76)). Sie hatten damit gar keine Kosten für anästhesiologisches Personal.

Ursache für das Unschärfe-Phänomen der Betriebskosten war, dass einige Teilnehmer selbst Verträge mit den Krankenkassen oder Managementfirmen hatten, andere ihre Vergütung in der BV über eine Verwaltungsfirma, ein Krankenhaus oder gar von der Anästhesie bezogen, die BV-Vertragspartner mit den Krankenkassen oder Managementfirmen waren.

Bei den Positionen, bei denen sowohl ein Wert für die Betriebskosten in der BV als auch in der RV vorlagen (n = 26), lagen diese für den Operateur bei 127,76 ± 109,91 Euro in der BV und bei 107,88 ± 92,67 in der RV und damit ähnlich hoch (p = 0,525).

Für den Vergleich der Operateur-Vergütungshöhen in BV und RV wurde im EBM Katalog nach den Prozeduren gesucht und die Vergütung der jeweils entsprechenden Eingriffskategorien entnommen. Eine verhältnismäßige Gegenüberstellung findet sich in Abbildung 4.9. Zur Veranschaulichung wurden die Euro-Werte der ambulanten Operateur-Vergütung nach EBM (Kapitel 31.2) als Baseline (100 %) gewählt und die Operateur-Vergütung in der BV sowie die belegärztliche Operateur-Vergütung nach EBM (Kapitel 36.2) anhand der Baseline-Werte berechnet. Absolute Werte zu den verschiedenen Vergütungsarten mit Zuordnung zu den OPS-Codes, Prozeduren und EBM-Kategorien finden sich in Anhang 12 und 13 (elektronisches Zusatzmaterial).

Die von den Evaluations-Teilnehmern geschätzte Vergütung der benannten Prozeduren in der RV war meistens ähnlich der Vergütung nach dem EBM-Katalog, teilweise jedoch auch höher (minimale Ausprägung: 93,12 %, maximale Ausprägung: 292,41 %). Im Durchschnitt lag die Schätzung bei 158,72 % im Vergleich zur realen Vergütung nach dem EBM-Katalog. Grund dafür könnte die Erhöhung des EBM-Satzes durch Simultaneingriffe sein (vgl. Abschnitt 2.1.5.).

Auffällig ist die deutlich höhere Vergütung in der BV im Vergleich zur RV. Bei den Positionen, bei denen sowohl ein Wert für die Operateur-Vergütung als auch für die Vergütung in der RV vorhanden waren (n = 34), lag der durchschnittliche Euro-Wert für gleiche Leistungen in der BV bei 878,97 ± 460,34 Euro (95 %-CI: 724,23 bis 1033,70) und in der RV bei 398,98 ± 230,96 Euro (95 %-CI: 321,35 bis 476,62) und damit in der BV um 220,30 % höher (p < 0,001).

Um den Anteil der Honorarpauschale in der BV bezogen auf übliche DRG-Fallpauschalen zu berechnen, wurde der Mittelwert des BV-Fallpauschalenwerts durch den DRG-Fallpauschalenwert einer Haupt- oder Belegabteilung bei 1 oder 2 Tagen Verweildauer berechnet. Die Höhe der BV-Honorarpauschalen lagen bei den Leistungen der Evaluationsteilnehmer bezogen auf die DRG-Fallpauschale einer Hauptabteilung mit 1 Tag Verweildauer bei durchschnittlich 83 %, mit 2 Tagen Verweildauer bei durchschnittlich 67 %. Bezogen auf die entsprechende DRG-Fallpauschale in einer Belegabteilung mit Belegoperateur lag sie mit 1 Tag Verweildauer bei 104 % und mit 2 Tagen Verweildauer bei 82 % (Anhang 14 im elektronischen Zusatzmaterial).

Als wesentlicher Aspekt in der BV wurde von den Teilnehmern angemerkt, dass im Körper verbleibende Implantate (z. B. Fadenanker, Knochenimplantate, Herniennetze) meist in der BV-Pauschale enthalten waren. Das hatte zur Folge, dass bei diesen Operationen die Abrechnung bei teuren Implantaten eher in der RV erfolgte, da hier die Sachkosten für Gegenstände, die der Kranke zur weiteren Verwendung erhält (trifft auf Implantate zu) nach Nr. 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gesondert abrechenbar sind. Allerdings müssen die Implantate nach § 44 Abs. 6 BMV-Ä und § 12 SGB V unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebot und der medizinischen Notwendigkeit ausgewählt werden und können damit Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach § 106 SGB V nach sich ziehen.

Anders als bei Abrechnungsprüfungen in der RV, die eine sachlich-rechnerische Richtigstellung im Sinne einer Honorarkürzung oder -rückforderung nach sich ziehen können, können Wirtschaftlichkeitsprüfungen in einer Beratung oder einer Zahlungsverpflichtung enden. Letztere kann durch eine Zahlungsverpflichtung (Nachforderung bzw. Regress) durch die gemeinsame Selbstverwaltung erwirkt werden. Die Festsetzung einer Zahlungsverpflichtung wegen Unwirtschaftlichkeit wird üblicherweise als besonders schmerzhaft empfunden. Schon die Angst vor Regressen ist nach Umfragen der KBV bereits unter Medizinstudierenden einer der Hauptgründe gegen eine Niederlassung, direkt hinter den Sorgen vor einem allgemein hohen finanziellen Risiko und medizinfremden Tätigkeiten bzw. der Bürokratie. Als Grund der ausgeprägten Bedeutung derartiger Sanktionen wird der über eine Kürzung des Honorars hinausgehende Eingriff in das Vermögen des Arztes gesehen. Für die nachkommenden Generationen hat in Umfragen neben Transparenz und fairer Vergütung auch die Sicherheit einen hohen Stellenwert. (17, 77, 78) Mit dem TSVG, das im Mai 2019 in Kraft getreten ist, wurde zumindest die Frequenz, die Latenz und die Höhe von Regressen reguliert. So muss mindestens eine Krankenkasse oder KV einen begründeten

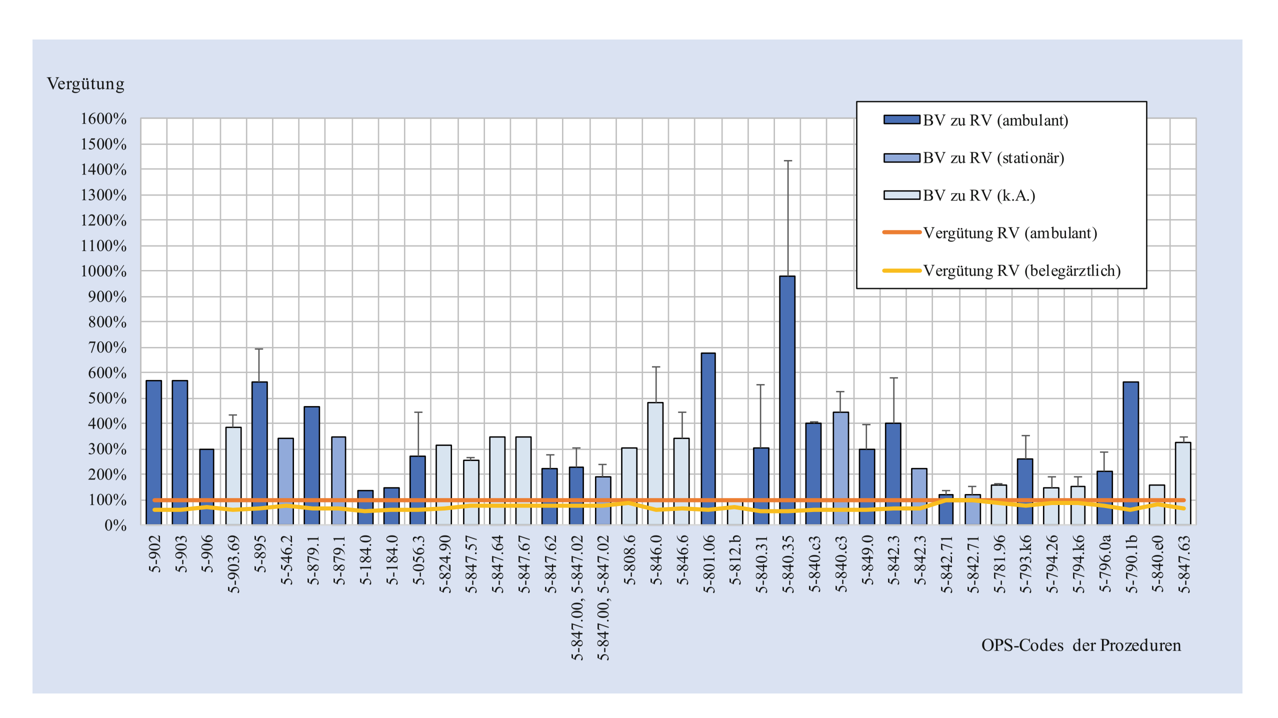


Abbildung 4.9 Vergütung der BV im Vergleich zur RV (nach EBM). (Eigene Darstellung. Zum Vergleich der Vergütung in der BV nach Angaben der Evaluations-Teilnehmer (Balken) im Vergleich zur Vergütung in der RV nach dem EBM-Katalog 2021 (Linien) (11). Die ambulante Vergütung in der RV basiert auf Kapitel 31.2, die belegärztliche Vergütung auf Kapitel 36.2 des EBM-Katalogs. k.A.: keine Angabe. Balken und Linien: Mittelwerte, Fehlerindikatoren: Standardabweichungen.)

Antrag stellen und es dürfen maximal 2 % aller Ärzte in Regress genommen werden. Regresse können nur noch 2 Jahre nach dem Honorarbescheid für ärztliche Leistungen bzw. 2 Jahre nach Jahresende einer ärztlichen Verordnung erfolgen. Außerdem erfolgt eine Differenzberechnung, sodass Nachforderungen nur noch in Höhe der tatsächlichen Schadenshöhe (also dem Differenzbetrag zwischen unwirtschaftlicher und wirtschaftlicher Leistung) erfolgen dürfen. (§ 106 SGB V) (17)

Da insbesondere in der handchirurgischen Versorgung Heilmitteln wie Krankengymnastik, Lymphdrainage und Ergotherapie sowie Hilfsmitteln wie Kompressionshandschuhen oder Spezialschienen postoperativ eine besondere Bedeutung zukommt, könnte das Wirtschaftlichkeitsgebot in dem Fach einen Anreiz zu geringeren als eigentlich medizinisch notwendigen Verordnungen dieser Mittel führen, um die Gefahr einer Abweichung vom Arztgruppendurchschnitt und damit einer Auffälligkeit zu entkommen. Andererseits könnten diese Leistungen auch in der BV zurückhaltend verordnet werden, weil sie evtl. in den Pauschalen enthalten sein können.

In der RV werden die Verwaltungskosten für die KVen üblicherweise durch Einnahmen, Auflösung von Rückstellungen und Entnahme aus dem Vermögen gedeckt. Darüberhinausgehende Verwaltungskosten werden durch einen Verwaltungskostenumlagesatz vom Vergütungsanspruch der Vertragsärzte abgezogen. Die Höhe wird von den Vertreterversammlungen der KVen beschlossen. Sie wird meist von der Art der Abrechnungsübermittlung abhängig gemacht. Durch das GKV-GMG wurden die KVen ähnlich den Krankenkassen vom Gesetzgeber nach § 78 Abs. 3 SGB V und § 305 b SGB V verpflichtet gegenüber der Öffentlichkeit Rechenschaft über ihre Mittelverwendung abzulegen. Dies geschieht gewöhnlich über den Bundesanzeiger oder über die Internetseiten der KVen direkt. In der Mittelverwendung finden sich teilweise auch die Verwaltungskostenumlagesätze. Üblicherweise liegen diese um 2 bis 2,5 % für Online-Abrechner und bis zu 5 % für den papiergebundenen Weg der Abrechnung. (79) Hinsichtlich der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen in der BV, welche nicht über die KV erfolgt, deklarierten einige KVen in ihrer Abrechnungsordnung, dass abweichende Regelungen zur Zahlung von Beiträgen zu den Verwaltungskosten an die KV festgelegt werden können, sofern der Verwaltungsaufwand der KV nicht bereits durch die Gebührensatzung abgegolten ist. Auf direkte Nachfrage bei den KVen, ob und wie Verwaltungskosten in der BV an die Vertragsärzte weitergegeben werden, gaben 6 KVen an, dass der zusätzliche Aufwand mit dem normalen Verwaltungskostensatz abgegolten sei. Eine KV gab an, vom Vertragsarzt für jeden BV-Patienten außerhalb des KV-Systems pro Teilnahme-Quartal 0,95 Euro für die Bereinigung der Gesamtvergütung zu erheben. 8 KVen antworteten nicht und 2 nicht

adäquat auf die Frage. (80–84) Unabhängig davon können Managementfirmen in der BV Verwaltungskosten von den Leistungserbringern erheben. Diese werden meist prozentual vom Pauschalhonorar abgezogen.

Um die Versorgung von Versicherten in der RV auch in Zukunft bestmöglich zu gewährleisten und Vertragsärzte angemessen zu vergüten, wird der EBM ständig weiterentwickelt. (22) Es gibt Bestrebungen einerseits die Sektorengrenzen zu reduzieren und andererseits das ambulante Vergütungssystem in der GKV zu verbessern oder gar ein einheitliches GKV-/PKV-Vergütungssystem zu erzeugen. Bei einer einheitlichen Vergütungssystematik (GKV/PKV) und insgesamt gleichbleibenden Vergütungsniveaus werden Honorarveränderungen so eingeschätzt, dass es zum weiteren Absinken der Honorare operativ tätiger Vertragsärzte von über 5 % bis 10 % kommen würde, während rein konservativ tätige Vertragsärzten eine positive Veränderung der Honorare zugutekäme. Im Rahmen der Reduktion von Sektorengrenzen wird durch das MDK-Reformgesetz neben einer besseren Ausschöpfung des Ambulantisierungspotentials über eine Reduktion der hohen intersektoralen Kostendifferenz diskutiert. Letztere besteht auf Grund unterschiedlicher Kostenstrukturen ambulanter und stationärer Einrichtungen. Krankenhäuser müssen die Finanzierung ihrer Betriebskosten mit der DRG-Vergütung, die sie von den Krankenkassen erhalten, decken, während ihre Investitionskosten von den Bundesländern finanziert werden (sollen). (14, 17) Große Krankenhäuser belastet im Sinne einer „diseconomy of the scale" zusätzlich, dass Abteilungen Vorgehalten werden müssen, die keinen Umsatz generieren (z. B. Justiziariat, Pressestelle) und lange Wege zu weiteren Aufwendungen (z. B. Transportdienst) führen können. (85) Arztpraxen hingegen müssen für ihre Betriebs- und Investitionskosten selber aufkommen. Dafür müssen sie im Gegensatz zu Krankenhäusern prinzipiell keine Kapazitätsvorhaltung, teure apparative Ausstattung für schwere Fälle und keinen hohen Personalaufwand für eine 24-Stunden Versorgung gewährleisten.

Der Personalaufwand wird in Arztpraxen auf 30 % der Einnahmen und in Krankenhäusern auf 60 % der Gesamtausgaben geschätzt. Aufwendungen für Material, Labor, die Nutzung fremder Infrastrukturen, Mieten und Leasing wird in Arztpraxen auf 6 % und in Krankenhäusern auf 35 % geschätzt. (14) Allerdings liegen die Aufwendungen insgesamt bezogen auf die Einnahmen in chirurgischen Praxen wesentlich höher als im Praxisdurchschnitt und sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen (55,2 % vs. 49,0 % im Jahr 2015 und 61,4 % vs. 50,4 % im Jahr 2019). (37)

Die Berechnung der DRG zur Finanzierung der Betriebskosten im Krankenhaus basiert auf realen Aufwands- und Kostendaten aus einer jährlichen Abfrage von Daten einer Auswahl von Krankenhäusern. Das InEK bestimmt anhand der

erhobenen Daten die Bewertungsrelation als Strukturkomponente, welche mit dem Landesbasisfallwert als Niveaukomponente multipliziert den Erlös für die Leistungsbündel ergibt. In der DRG-Vergütung sind Arzneimittel und Sachkosten prinzipiell enthalten (oder können als Zusatzentgelt abgerechnet werden), während sie in der vertragsärztlichen Versorgung über Verordnungen bzw. den SSB gedeckt werden. Sie sind daher ebenso wie Personalvorhaltekosten in der DRG-Kalkulation des InEK inbegriffen.

In der ambulanten Versorgung stellen die Punktzahlen im EBM die Strukturkomponente und die Euro-Punktwerte die Niveaukomponente dar. Letztere können KV-Region-abhängig vom Orientierungspunktwert, der jährlich vom Bewertungsausschuss festgelegt wird, mit Zu- oder Abschlägen verändert werden. (14, 86) Der EBM-Katalog enthält auf Grund der Einzelleistungsorientierung mehr Positionen als das DRG-System. Die erhobenen Kalkulationsdaten des EBM basieren allerdings nur partiell auf empirischen Daten, die darüber hinaus keiner ständigen Überprüfung unterzogen werden. Dadurch entstehen Soll-Kosten, die, im Gegensatz zu den umfassend erhobenen Ist-Kosten in der DRG-Kalkulation, vor allem auf Schätzungen (Zeit- und Kostenansätzen) basieren. (14)

Die Kalkulationsmethodik des EBM ist eigentlich darauf ausgelegt, dass der Inhaber einer Einzelpraxis bei durchschnittlicher Effizienz der Leistungserbringung sowie durchschnittlicher Leistungs- und Kostenstruktur ein festgelegtes Arzteinkommen erzielt und seine Kosten vollständig durch ausschließliche Erbringung von GKV-Leistungen decken kann. Für die Kalkulation werden ein ärztlicher und ein technischer Leistungsanteil verwendet. Für den ärztlichen Leistungsanteil wurde üblicherweise das tarifvertragliche Gehalt eines Oberarztes durch den erweiterten Bewertungsausschuss herangezogen. Der Arztlohn ist arztgruppenidentisch, d. h. er wird unabhängig von der Qualifikation festgelegt. Keine Rolle spielen bislang die benötigte Qualifikation, der Schweregrad der Leistungserbringung und das Risikoprofil sowie die Notwendigkeit einer ärztlichen Assistenz. Der technische Leistungsanteil wird aktuell für 28 unterschiedliche Praxisbetriebsmodelle abgebildet, um hier die Fachgruppenunterschiede zu berücksichtigen. Er beinhaltet reale Kosten für Personal, Mieten, Aufwendungen für Apparate, EDV und Energie. Die Kostendaten basieren bis dato auf Studiendaten aus den 1990er Jahren. Es liegt also aktuell eine veraltete Berechnungsgrundlage zugrunde, was teilweise die Vergütungsproblematik für ambulante Operationen erklären könnte (Tabelle 1.1).

Es wäre demnach entweder eine regelmäßige datengestützte Aktualisierung der EBM-Kalkulation insbesondere hinsichtlich der Betriebs- und Investitionskosten sowie des Inflationsausgleichs für die Vergütung ambulanter Operationen

notwendig, um die Motivation der Vertragsärzte zur ambulanten operativen Leistungserbringung zu verbessern, oder der Anteil an über die BV vergüteter ambulanter Operationen müsste zunehmen. Als dritte Variante käme die Einführung einer sektorenunabhängigen Vergütung in Betracht. (17) Die letztgenannte Variante wäre insofern fair, als dass damit gleiche Leistungen gleich vergütet werden würden. Allerdings müssten dann die Vorhaltekapazitäten, die teure apparative Ausstattung und der höhere Personalaufwand in Krankenhäusern gesondert finanziert werden.

Als sektorenunabhängige Vergütungsformen kommen die Vergütung nach Maßgabe eines Sektors, das Tarifgeberprinzip oder eine eigenständige sektorenunabhängige Vergütungsform in Frage. Die Vergütung nach Maßgabe eines Sektors beschreibt die Ausweitung eines bestehenden Vergütungssystems auf alle Sektoren. Folge wäre, dass sich die Vergütung für mindestens einen Sektor verschlechtert. Das Tarifgeberprinzip ist „leistungsprägend". Dabei gibt der Sektor mit dem größten Anteil an der Gesamtzahl der Behandlungsfälle das Vergütungsniveau vor. Die Schaffung einer komplett neuen, sektorenunabhängigen Vergütungsform wäre aufwändig. Eine elegante Lösung mit sogenannten Hybrid-DRGs wird aber bereits z. B. von der TK in Zusammenarbeit mit dem BDC, der DGCH und der NAO GmbH genutzt. Da dieses Konstrukt seine gute Funktionalität unter Beweis gestellt hat, wird es vom BDC als mitgliederstärkster Chirurgenvereinigung empfohlen. (87) Zur Berechnung der Hybrid-DRGs kommt z. B. der Mittelwert der ambulanten und stationären Vergütung, um die Hotelkomponente geminderte DRGs in Frage oder (noch besser) eine realitätsnahe Vergütung auf Basis einer Erhebung der tatsächlichen Kosten, ähnlich der aktuellen DRG-Kalkulation. Bei letzterer Variante müsste festgelegt werden, ob das ambulante, das stationäre oder beide Settings das Referenzniveau darstellen würden. (14, 88)

Um das derzeitige System beizubehalten, aber dem Rückgang der ambulanten Operationen entgegenzuwirken, erfolgt derzeit durch die KBV eine Neubewertung der Kalkulationsgrundlage der Leistungen aus den 1990er Jahren durch eine aktualisierte Datengrundlage für u. a. Investitionskosten, Personalkosten und Hygienekosten. Damit könnten die „Dumping-Preise" zumindest vorübergehend korrigiert werden. Sollte die im IGES-Gutachten empfohlene vergütungsrelevante Schweregraddifferenzierung umgesetzt werden, könnten außerdem Aufwandsunterschiede besser abgebildet werden. (42)

Die Wirkung von Vergütungsanreizen auf ärztliches Verhalten hat in der Entwicklung neuer Vergütungsformen eine herausragende Rolle, da die Informationsasymmetrie zwischen Arzt und Patient zu Abweichungen vom patientenoptimalen Verhalten mit Nachfrageinduktion durch den Arzt auf Grund des Informationsvorsprungs führen kann.

1. Ein fixes Gehalt bei festgelegter Arbeitszeit, wie es üblicherweise in der Anstellung (v. a. im stationären Sektor) vorkommt, kann somit dazu führen, dass der Arbeitsaufwand so gering wie möglich gehalten wird und aufwändige Patienten abgewiesen oder abgeschreckt werden. Folge wäre eine Unterversorgung mit übermäßig häufigen Überweisungen an andere Ärzte.
2. Die Vergütung mittels prospektiver Kopfpauschalen, also einem fixen Betrag für jeden Patienten unabhängig von erbrachter Leistung, könnte zu Kostensenkungsstrategien mit Reduktion kostenintensiver Behandlungen und Fokussierung auf präventive Behandlungen führen mit den Folgen der Unterversorgung insbesondere schwer kranker Patienten und häufigen Überweisungen an andere Ärzte.
3. Eine retrospektive Einzelleistungsvergütung, wie sie derzeit bei ambulanten Operationen vorkommt, kann zur Überversorgung leicht kranker Patienten und zur Unterversorgung schwer kranker Patienten führen mit häufigen Überweisungen letztgenannter an andere Ärzte.
4. Eine Kombination aus Kopfpauschalen und Einzelleistungsvergütungen könnte zu einem Mischbild der o.g. Probleme führen, wobei sie von der Gewichtung der beiden Aspekte abhängig wäre. Das Über- oder Unterversorgungsausmaß könnte dementsprechend durch Änderung der Gewichtungsverhältnisse verändert werden.
5. Die qualitätsorientierte Vergütung („pay for performance“) könnte durch eine Kombination aus einer Grundvergütung (Einzelleistungsvergütung oder Kopfpauschale) mit einer qualitätsbezogenen Vergütung in Form einer Bonuszahlung unter Berücksichtigung eines Qualitätsindikators (Ergebnis-, Prozess- und/oder Strukturqualität) realisiert werden. Damit ließe sich die Unterversorgung bei Kopfpauschalen und die Überversorgung bei Einzelleistungsvergütungen reduzieren. Problematisch könnten allerdings die selektive Leistungserfüllung, die Manipulation der Qualitätsmessung, die Bevorzugung von Patienten oder deren Abweisung je nach zu erwartendem Zielerreichungsgrad sein. (17)
6. Fallpauschalen können zu Kostensenkungsstrategien und Unterversorgung schwer kranker Patienten führen. Dem wird derzeit im DRG-System mit der Einbeziehung von patientenbezogenen Gesamtschweregraden (PCCL) in der

Kalkulation begegnet. Jedoch können dann weiterhin Fehlanreize zu vorzeitigen („blutigen“) Entlassungen bestehen, um die Fallzahl zu erhöhen und damit mehr Fallpauschalen abrechnen zu können. Um diesen Fehlanreiz zu reduzieren führen Wiederaufnahmen für Revisionseingriffe innerhalb der oberen Grenzverweildauer (OGVD) zu Fallzusammenführungen. (89, 90)

Jede Vergütungsform birgt also Risiken. Nichtsdestotrotz konnte in empirischen Studien nachgewiesen werden, dass das Ausmaß der Über- und Unterversorgung bei Vertragsärzten sehr gering war. Als Grund wurde eine hohe Ausprägung altruistischen Verhaltens in der niedergelassenen Ärzteschaft gesehen. Um Fehlanreize zu reduzieren und einen Teil des Kostenrisikos vom Arzt auf die Leistungsvergüter zu übertragen, scheinen gemischte Vergütungsformen, bestenfalls auch mit einer qualitätsorientierten Vergütung, hilfreich zu sein. In der ambulanten RV liegt der Anteil an Pauschalierungen derzeit zwar mit knapp 40 % relativ hoch (z. B. Grundpauschalen), beim ambulanten Operieren werden jedoch Einzelleistungen vergütet mit all ihren Nachteilen. (17, 91)

Interessanterweise können nach § 87 Abs. 2c Satz 5 SGB V diagnosebezogene Fallpauschalen als mögliche Option für die Vergütung von Behandlungen kostenintensiver oder leistungsintensiver Versichertengruppen genutzt werden. Weitergehend soll nach § 20 AOP-Vertrag auch für ambulante Operationen ein pauschaliertes Entgeltsystem eingeführt werden. (39) Von beiden Möglichkeiten wurde bislang in der RV noch kein Gebraucht gemacht, während sie in der BV bereits umgesetzt wurden. Die BV stellt damit unter Beweis, dass sie zur Erprobung neuer Vergütungssysteme geeignet ist.

4.6 Ergebnisse zur Strukturqualität

Die Strukturqualität charakterisiert die Qualität der Rahmenbedingungen und politischen sowie ökonomischen Faktoren, welche die ärztliche Tätigkeit beeinflussen. Darauf nehmen insbesondere die räumliche und technische Ausstattung, die Zugangsmöglichkeiten für Patienten, die Fähigkeiten des Personals und der Ausbildungsstand des Arztes Einfluss. (63)

Von den Evaluations-Teilnehmern stimmte nur einer voll zu, dass für die Teilnahme an der BV eine zusätzliche Zertifizierung nachgewiesen werden musste. Ein Teilnehmer war unentschlossen, was daran liegen könnte, dass der Selektivvertrag nicht mit ihm, sondern mit z. B. einem Krankenhaus geschlossen wurde, in dem er operiert. Dabei bleibt unklar, ob der Vertragspartner eine Zertifizierung für die BV durchlaufen musste. Die Mehrzahl der Teilnehmer musste keine

zusätzliche Zertifizierung nachweisen. Auffällig war, dass sechs Teilnehmer eine Mindestanzahl an OPs nachweisen mussten, während andere sechs überhaupt keine Mindestmengen nachweisen mussten. Außerdem stimmten zwei Teilnehmer voll zu und zwei eher zu, dass sie zusätzliche (über die KV-Zulassung hinausgehende) Qualifikationen vorweisen mussten, während für das Gro der Teilnehmer diesbezüglich keine Notwendigkeit bestand. Das Erfordernis zusätzlicher Fortbildungen beim Teilnehmer selbst und beim Personal stimmte nur ein Kandidat zu, beim Personal stimmte ein weiterer eher zu. Die meisten Teilnehmer mussten ebenso keine zusätzlichen Fortbildungen besuchen, wie sie keine Zunahme der Eigenverantwortlichkeit oder klarere Aufgabenverteilung beim Personal sahen. Letzterem Aspekt stimmte nur ein Teilnehmer eher zu. Der Zunahme an administrativem Aufwand bzw. zusätzlichem Verwaltungsaufwand durch die Teilnahme an der BV stimmten elf Teilnehmer eher und drei Teilnehmer voll zu. Nur ein Kandidat schätzte ihn nicht höher ein. Die Digitalisierung wurde nach Einschätzung der Teilnehmer eher nicht durch die Teilnahme an der BV vorangebracht. Ebenso wurden größtenteils keine zusätzlichen Anforderungen an Räumlichkeiten gestellt. Jedoch stimmten drei Kandidaten voll und einer eher zu, dass zusätzliche Geräte, wie Hard- und Software, installiert werden mussten, was bei 8 gar nicht der Fall war.

Der Einfluss der Teilnahme an der BV auf die Strukturqualität der abgefragten Merkmale ergab ein heterogenes Bild mit einer Tendenz zu eher wenig Veränderung, wobei insbesondere der Nachweis einer Mindestanzahl an OPs in der BV eine gewisse Bedeutung hatte (Abb. 4.10, Anhang 15 im elektronischen Zusatzmaterial).

Im Hinblick auf die Strukturqualität gilt es zu würdigen, dass in der RV neben den Qualifikationsanforderungen an die Ärzte vor allem die Strukturanforderungen zur Sicherung der Qualität einen hohen Stellenwert hat. Die KBV begründet den Umstand damit, dass sie mit geeigneten Prüfparametern relativ einfach zu bestimmen ist und die Grundlage für eine zuverlässige Prozess- und gewünschte Ergebnisqualität bildet. Trotzdem werden in den letzten Jahren vermehrt auch prozess- und ergebnisorientierte Aspekte in die Qualitätssicherungs-Vereinbarungen und -Richtlinien integriert.

Zur Qualitätssicherung in der RV gibt es Qualitätssicherungskommissionen, es werden Prüfungen von Genehmigungsvoraussetzungen, Eingangsprüfungen, Kolloquien, (Re-)Zertifizierungen, Ringversuche, Konstanzprüfungen, Praxisbegehungen (z. B. im Rahmen von Hygieneprüfungen), Qualitätszirkel, Einzelfallprüfungen durch Stichproben- oder Dokumentationsprüfungen, Überprüfung von Jahresstatistiken und Evaluationen durchgeführt. Außerdem werden Frequenzen und die kontinuierliche Fortbildung geprüft.

Abbildung 4.10 Einschätzung des Einflusses der BV auf die Strukturqualität. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung.)

Die Anzahl an bundesweit geltenden Qualitätssicherungsvereinbarungen und -richtlinien lag bis 1997 bei 19, wobei zu der Zeit bereits ambulantes Operieren enthalten war. In den Jahren 1998 bis 2001 nahm die Anzahl auf 22 und von 2002 bis 2005 auf 32 zu. (92)

Im Jahr 2019 hatten 33.092 Ärzte die Genehmigung zum ambulanten Operieren und erfüllten demnach die Qualitätsanforderungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zum ambulanten Operieren. Von 4.667 beschiedenen Anträgen wurden 30 abgelehnt. Es wurden 5 Praxisbegehungen durchgeführt, allerdings keine mit Beanstandungen. 7 Abrechnungsgenehmigungen wurden widerrufen und 1.503 durch Ärzte selbst beendet. 4.222 Ärzte hatten die Genehmigung arthroskopische Operationen durchführen zu können, wobei von 539 Anträgen 112 abgelehnt wurden. Insgesamt wurden 138 Abrechnungsgenehmigungen zurückgegeben bzw. von den Ärzten selbst beendet. 20.648 Ärzte hatten eine Genehmigung zur konventionellen Röntgendiagnostik, von 7.329 beschiedenen Anträgen wurden 478 abgelehnt. 1.064 Genehmigungen

wurden zurückgegeben bzw. von den Ärzten beendet. Die Genehmigung zur Ultraschalldiagnostik hatten 90.420 Ärzte, 20.249 Anträge wurden beschieden und es wurden 1.047 Kolloquien im Rahmen des Genehmigungsverfahrens (§ 14 Ultraschall-Vereinbarung) durchgeführt, wovon 139 nicht bestanden wurden. Im Rahmen der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation (§ 11 Ultraschall-Vereinbarung) wurden 30 Kolloquien durchgeführt und 2 nicht bestanden. 228 Abrechnungsgenehmigungen wurden widerrufen und 2.119 zurückgegeben oder ärztlicherseits beendet. Neben 13.518 Geräteprüfungsnachweisen wurden 4.770 Stichproben- und Dokumentationsprüfungen (Ärzte) durchgeführt sowie 23.811 Dokumentationen (Patienten) geprüft. (17, 92)

4.7 Ergebnisse zur Prozessqualität

Die Prozessqualität betrifft alle medizinischen Aktivitäten und Abläufe, insbesondere die Diagnostik, die Dokumentation und die Therapie. Eine hohe Prozessqualität zeichnet sich u. a. dadurch aus, dass Diskontinuitäten und Redundanzen in Versorgungs- und Behandlungspfaden vermieden werden. Einfluss darauf haben die Orientierung an Leitlinien, aber auch die Wechselwirkung zwischen Arzt und Patient sowie gesellschaftliche und ethische Aspekte. Wird das systemtheoretische Modell des Versorgungssystem mit „Input – Throughput – Output – Outcome" betrachtet, so beleuchten Evaluationen zur Prozessqualität den „Throughput", also den Verarbeitungsprozess. Dabei sollen Behandlungspfade die idealen organisatorischen und zeitlichen Abläufe beinhalten, um die Behandlungsziele mit größter Effektivität und Effizienz zu erreichen. (63)

In der Evaluation wurde den Aussagen zur Verbesserung der Prozessqualität durch Teilnahme an der BV hauptsächlich nicht zugestimmt. Während nur ein Teilnehmer die Hard- und Software anwendungsfreundlicher einschätzte, taten das die anderen nicht. Nur ein Teilnehmer stimmte voll und drei eher zu, dass bei ihnen durch die BV zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen eine Bedeutung hatten. Besseren Behandlungspfaden mit flüssigeren Abläufen und weniger Doppeluntersuchungen stimmten nur zwei Kandidaten eher zu, die meisten stimmten dem nicht zu. Auch wurde größtenteils eingeschätzt, dass die Teilnahme an der BV hinsichtlich Diagnostik und Therapie keine Verbesserungen und keine stärker leitliniengerechtere Behandlung induzierte. Einem sparsameren Einsatze der Mittel in der BV stimmten zwei Teilnehmer eher und einer voll zu. Ähnlich verhielt es sich bei der Einschätzung besserer Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern (z. B. Sanitätshäusern, Physiotherapeuten und Krankenhäusern), während einer besseren Zusammenarbeit mit anderen Ärzten durch zwei

Kandidaten voll und zwei weiteren eher zugestimmt wurde. Die Abstimmung mit der IT wurde nur von einem Teilnehmer als besser eingeschätzt. Immerhin vier Teilnehmer stimmten einer kontinuierlichen Verbesserung der Abläufe durch Evaluationen und der neuen Etablierung von Ablaufbeschreibungen (z. B. Behandlungspfaden) eher zu. Zwei Teilnehmer stimmten der Aussage eher zu, dass Teambesprechungen regelmäßiger und strukturierter stattfinden durch die Teilnahme an der BV. Der Aussage, dass Patientenbefragungen neu etabliert wurden, stimmten zwei Kandidaten voll und einer eher zu. Einem neu etablierten Beschwerdemanagement stimmten nur zwei Teilnehmer eher zu. Auch der neuen Einführung von Checklisten (z. B. im OP), Fehlermanagement (z. B. durch ein Fehlerberichtssystem) und der Erfassung von Komplikationen stimmte nur je ein Kandidat voll und einer eher zu. Nur einer stimmte der Neueinführung der Erfassung von Wartezeiten im Wartezimmer eher zu. Zusammenfassend zeigte sich, dass durch die Teilnahme an der BV eine milde Verbesserung hinsichtlich der abgefragten Merkmale in der Prozessqualität vorhanden war, während bei den meisten Teilnehmern keine Veränderungen stattgefunden hatten (Abb. 4.11, Anhang 16 im elektronischen Zusatzmaterial).

In der RV hat die Kontrolle der Prozessqualität im Gegensatz zur Kontrolle der Strukturqualität eine untergeordnete Rolle. Der „Throughput“ wird aber durch eine externe Qualitätssicherung z. B. in der Mammographie hinsichtlich der Treffsicherheit alle zwei Jahre geprüft und in der Labormedizin im Rahmen von Ringversuchen durch Kontrolle der Dokumentation der Verfahren. Dabei können (Re-)Zertifikate erworben werden, welche dann an die zuständige KV übermittelt werden müssen.

Seit 2004 besteht für Praxen, MVZs und Krankenhäuser nach § 135a Abs. 2 SGB V die Verpflichtung ein internes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln. Seit 2016 muss die KBV dem G-BA über die Umsetzung durch alle zwei Jahre stattfindende Befragungen von mind. 2,5 % der Vertragsärzte berichten. Im Jahr 2019 war die Stichprobe 4.374 Ärzte groß, eine Datenübermittlung an die KVen erfolgte von 4.252 Ärzten, von denen 3.975 Teilnehmer einrichtungsinterne QMs hatten und deren Daten für die Berichtslegung an den G-BA genutzt wurde. Die Übermittlung erfolgte bei 85 % der Teilnehmer digital über das QM-Webportal der KVen.

Durch die KVen wurde für Vertragsärzte das auf Praxen zugeschnittene QM-Verfahren QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) entwickelt. Es kann Ärzten einen Informationszugewinn und den Durchlauf eines Zertifizierungsverfahrens ermöglichen. Teile des QEP-Systems können die Prozessqualität verbessern, z. B. Ablaufbeschreibungen für Behandlungspfade bei speziellen Indikationen, Checklisten und Formblätter. Das QEP-System wurde bei einer Erhebung, an der 2.229

Hard/Software anwendungsfreundlicher
Zusätzliche Qualitätssicherungsmaßnahmen
Besserer Behandlungspfad (flüssigerer Ablauf, weniger Doppeluntersuchungen)
Bessere Diagnostik
Bessere Therapie
Näher an Leitlinien (z.B. Medikamentenverordnungen)
Mittel werden sparsamer eingesetzt
Bessere Zusammenarbeit mit anderen Ärzten
Bessere Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern, Physiotherapeuten, Krankenhäusern, usw.
Bessere Abstimmung mit der IT
Die Abläufe verbessern sich kontinuierlich durch Evaluationen
Teambesprechungen regelmäßiger und strukturierter
Ablaufbeschreibungen (z.B. für Behandlungspfade) neu etabliert
Patientenbefragungen neu eingeführt
Beschwerdemanagement neu eingeführt
Checklisten (z.B. im OP) neu eingeführt
Fehlermanagement (z.B. Fehlerberichtssystem) neu eingeführt
Erfassung der Anzahl an Komplikationen neu eingeführt
Erfassung von Wartezeiten im Wartezimmer neu eingeführt

1 - Ich stimme voll zu
2 - Ich stimme eher zu
3 - Ich bin unentschlossen
4 - Ich stimme eher nicht zu
5 - Ich stimme nicht zu

Abbildung 4.11 Einschätzung des Einflusses der BV auf die Prozessqualität. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung.)

Einrichtungen teilnahmen, von 43 % genutzt, während 30 % ISO 9001, 6 % KPQM, QisA oder qu.no, 2 % KTQ, 1 % EPA und 18 % sonstige Systeme verwenden. Während in den Praxen und Einrichtungen zahlreiche die Prozessqualität betreffende Aspekte umgesetzt werden (z. B. Prozessbeschreibungen, Schnittstellenmanagement, Checklisten, Teambesprechungen, Beschwerdemanagement,

Risiko- und Fehlermanagement, Umsetzung von Notfall- und Hygienemanagement), haben Patientenbefragungen zur Messung der Ergebnisqualität einen weniger hohen Stellenwert. Letztere werden nur von 31 % als besonders hilfreich erachtet, im Gegensatz zur Einschätzung z. B. der Instrumente Teambesprechungen (von 84 % als besonders hilfreich eingeschätzt) und OP-Checklisten (von 67 % als besonders hilfreich eingeschätzt). Das deutet auf eine geringere Wertbeimessung der Ergebnisqualität im Vergleich zur Prozessqualität durch vorhandene Instrumente hin.

Mit dem Online-Tool „Mein PraxisCheck" wird den Ärzten von der KBV ein Instrument zur Selbstüberprüfung des internen QM zur Verfügung gestellt. Es ist ebenfalls stark prozessorientiert, da es z. B. Abfragen zum Thema Hygienemanagement, Datenschutz und Schweigepflicht, Mitarbeitereinweisungen und Risikomanagement sowie Patientensicherheit enthält. (92)

4.8 Ergebnisse zur Ergebnisqualität

Als Ergebnisqualität wird die „Güte der Behandlung" verstanden. Meist wird ihr primär die Veränderung des Gesundheitszustandes der Patienten zugeordnet. Es zählen jedoch auch Wartezeiten, die Patientenzufriedenheit und die Ergebnisse durch optimierte Prozesse dazu. Wenn Qualitätsziele festgelegt wurden, ist der Erfüllungsgrad dieser Ziele ausschlaggebend für die Ergebnisqualität. Die Ziele können auch als verpflichtende Anforderung gelten, z. B. durch die Berufsordnung oder in der Hygiene. (63)

In der Evaluation stimmten der Frage nach kürzeren Wartezeiten auf einen Facharzttermin in der BV drei Ärzte eher und zwei voll zu. Die Wartezeit im Wartezimmer wurde größtenteils als nicht kürzer eingeschätzt. Auch längeren Arzt-Patient Kontakte in der Sprechstunde stimmte nur ein Teilnehmer eher zu. Der Frage nach häufigeren Arzt-Patient Kontakten in der BV stimmten drei Teilnehmer eher und einer voll zu. Eine höhere Patientenzufriedenheit in der BV wurde von fünf Teilnehmern eher und von zwei voll bestätigt. Das könnte damit zusammenhängen, dass die Behandlung von BV-Patienten der von Privatpatienten nach Einschätzung von fünf Teilnehmern eher und drei Teilnehmern voll entsprach. Der Frage nach weniger Doppeluntersuchungen in der BV stimmten drei Teilnehmer eher und drei voll zu. Auch das Vorliegen geringerer Krankenhauseinweisungen in der BV wurde von fünf Teilnehmern eher und von vier Teilnehmern voll zugestimmt. Dagegen wurde die Rehabilitationsdauer, eine bessere Heil-, Hilfsmittel- und Arzneimittelversorgung und eine kürzere Arbeitsfähigkeit eher nicht als besser eingeschätzt. Auch die Frage nach schnellerer Verfügbarkeit von

Unterlagen (z. B. digitalen Entlassbriefen) wurde größtenteils negiert (Abb. 4.12, Anhang 17 im elektronischen Zusatzmaterial).

Zusammenfassend schätzt knapp die Hälfte der Teilnehmer, dass die BV zu einer höheren Patientenzufriedenheit durch gute Behandlung, weniger Doppeluntersuchungen und Krankenhauseinweisungen führen kann.

Die Erfassung der Komplikationen erfolgte für die Prozeduren, für die Zahlen hinsichtlich der Patientenanzahl und Komplikationsanzahl pro Jahr in der BV und RV vorlagen ($n = 27$). Sie ergab, dass in der BV 1,20 % Komplikationen und in der RV 1,14 % Komplikationen auftraten und die Komplikationsanzahl-zu-Patientenanzahl Verhältnisse der einzelnen Prozeduren damit statistisch keinen Unterschied aufwiesen ($p = 0{,}419$).

Zur Erfassung der Revisionsoperationen wurden ebenfalls die Prozeduren einbezogen, für die Zahlen hinsichtlich der Patientenanzahl und Revisionsanzahl pro Jahr in der BV und RV vorlagen ($n = 27$). Sie ergab, dass in der BV 0,30 % Revisionen und in der RV 0,15 % Revisionen notwendig waren. Beim Vergleich der Revisionsanzahl-zu-Patientenanzahl Verhältnisse der einzelnen Prozeduren zeigte sich auch hier kein statistisch signifikanter Unterschied ($p = 0{,}824$).

Bereits vor 20 Jahren wurden Initiativen gegründet, die Messinstrumente für die Ergebnisqualität in der vertragsärztlichen Versorgung entwickeln sollten. Ein Beispiel stellt das AQUIK (Ambulante Qualitätsindikatoren und Kennzahlen), das jedoch vorwiegend in indikationsübergreifenden BV-Projekten einzusetzen ist. (17) Bei neueren Methoden zur Messung der Ergebnisqualität können Ärzte im Rahmen von Evaluationen einen anonymen Vergleich der eigenen Behandlungsqualität mit bereitgestellten Benchmarkberichten anderer Praxen vornehmen. Die Benchmarks basieren auf Dokumentationen und Jahresstatistiken sowie Ergebnissen von Fallsammlungsprüfungen. Sie werden insbesondere bei DMP, in der Dialyse und bei koloskopierenden Ärzten eingesetzt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit mit der Webapplikation „eZAP" bzw. in Papierform „ZAP" („Zufriedenheit in der ambulanten Versorgung – Qualität aus Patientenperspektive") mit validierten Fragebögen Patientenzufriedenheitsbefragungen durchzuführen. Erfasst werden z. B. die Wartezeit auf einen Arzttermin, die Wartezeit in der Praxis, die Freundlichkeit des Personals und die Atmosphäre. In einem Auszug aus dem Ergebnisbericht der Befragung mit eZAP waren 6 % der teilnehmenden Patienten mit der Wartezeit auf einen Arzttermin sehr unzufrieden und 28 % eher unzufrieden. (92, 93)

Durch neue Richtlinien, seit 2019 die DeQS-RL (Richtlinie zur datengestützten, einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung), sollen zukünftig vermehrt sektorengleiche Rahmenbedingungen in der QM (sektorenübergreifende Qualitätssicherung, sQS) geschaffen werden. Die Entwicklung erfolgt maßgeblich

Abbildung 4.12 Einschätzung des Einflusses der BV auf die Ergebnisqualität. (Eigene Darstellung nach eigener Datenerhebung.)

durch das IQTIG, begleitet vom G-BA. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass zahlreiche Leistungen sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Erste sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren sind die „Perkutane Koronarintervention und Koronarangiographie“, die „Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen einschließlich Pankreastransplantationen“ und die „Vermeidung nosokomialer Infektionen: postoperative Wundinfektionen“. Letztere sind für Plastische Chirurgen und Handchirurgen von Bedeutung und betreffen die Ergebnisqualität. Im ersten Abschnitt des Verfahrens werden postoperative Wundinfektionen im Krankenhaus erfasst, wenn sie zur stationären Aufnahme geführt haben. Anhand eines Abgleichs mit Daten der Krankenkasse ist es möglich festzustellen, wo der Initialeingriff erfolgt ist

(in welcher Einrichtung und von welchem Operateur). Damit kann dem Operateur Rückmeldung zu dem Fall gegeben werden, allerdings auf Grund langer Datenlieferfristen aktuell erst nach ca. 2 Jahren. Zudem können die Fälle ggf. Qualitätssicherungsmaßnahmen nach sich ziehen. Unabhängig davon werden im zweiten Schritt Ärzte verpflichtet jährlich Fragen zum Hygiene- und Infektionsmanagement zu beantworten. Der Mehraufwand wird mit einer neuen GOP (01650) abgerechnet. Die ersten Ergebnisse wurden so interpretiert, dass ein Potenzial zur Qualitätsförderung vorliegt für die Themenbereiche perioperative Antibiotikaprophylaxe, Antibiotika-Initialtherapie, Standardentwicklung zum Entlass- und Überleitungsmanagement, geeignete Haarentfernung vor operativen Eingriffen und Antibiotikaresistenzlage und Antibiotikatherapie.

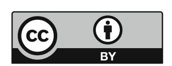
In dem Rahmen werden Ergebnisse auch an die Landesarbeitsgemeinschaften übermittelt, wo sie von Fachexperten bewertet werden sollen. „Rechnerische" Auffälligkeiten können zunächst Stellungnahmen seitens des Arztes induzieren. Sofern sich die Auffälligkeiten damit nicht klären lassen, können Maßnahmen festgelegt werden, die in Stufe 1 z. B. durch Teilnahme an Qualitätszirkeln, Fortbildungen oder Implementierung von Handlungsempfehlungen die gefundenen Qualitätsdefizite beseitigen sollen. Stufe 2 zieht Vergütungsabschläge nach sich.

Als „Tracer-Operationen" wurden vom IQTIG im Jahr 2019 6.291 Prozeduren betrachtet mit 15.490 Code-Kombinationen, die im Zusammenhang mit einer postoperativen Wundinfektion (z. B. Infektion nach einem Eingriff) dokumentiert und für die ein Expertengremium einen inhaltlichen Zusammenhang gesehen hat. Bei dokumentierten Wundinfektionen werden demnach zunächst die Prozeduren in den Tracern gesucht und im Nachgang die Prozeduren passend zur Wundinfektion (z. B. Infektion nach einem Eingriff) mit der Kombination aus Operation und Infektion abgeglichen. Erst bei zu einer Tracer-Operation passender Wundinfektion kann die Indikatorberechnung erfolgen.

In der Plastischen Chirurgie sind vor allem Brusteingriffe, insbesondere mit Fremdmaterial, betroffen. In der Handchirurgie sind wesentlich mehr Prozeduren betroffen, die über Operationen mit Implantaten, Arthroskopien und Knocheneingriffe hinausgehen. (92, 94)

Das Dilemma, welches zur Zeit auf Grund des AOP-Katalogs besteht, ist, dass einerseits die Entscheidung des Arztes, ob Eingriffe ambulant oder stationär durchzuführen sind, stark beeinflusst wird. Andererseits tragen der Operateur und der Anästhesist nach Nummern 4 und 6 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 des EBM die Verantwortung für die Patientensicherheit (11), während durch die Qualitätskontrollen mit Sanktionsmöglichkeiten der Druck auf die Leistungserbringer weiter erhöht wird.

Nach Angaben der Evaluations-Teilnehmer und der Managementfirmen schließt die pauschale Honorierung in der BV meist die Komplettbehandlung innerhalb eines Zeitraums ein, der z. B. bei 3 Wochen liegt oder auch nur den OP-Tag bzw. den stationären Aufenthalt einschließt. Weitergehend sind in den Selektivverträgen üblicherweise Gewährleistungsfristen für Revisionsoperationen enthalten, die meist zwischen 3 Wochen und 6 Monaten liegen, bei Operationen mit Implantaten wie Endoprothesen teilweise sogar bei 5 Jahren. Damit besteht eine Analogie zur Fallzusammenlegung im DRG-System und der Anreiz eine hohe Ergebnisqualität zu liefern. Eine ähnliche Regelung findet sich auch in der RV, in der nach Nr. 8 der Präambel zu Kapitel 31.2.1 des EBM innerhalb von 3 Tagen (beginnend mit dem Operationstag) nach einer ambulanten Operation keine weitere Operation (vom selben Vertragsarzt) abgerechnet werden darf. (11) Die Regelung gilt auch dann, wenn eine andere Körperregion betroffen ist. (BSG-Urteil vom 13.05.2020, Az: B 6 KA 24/18 R).



Schlussbetrachtung 5

5.1 Zusammenfassung und kritische Bewertung der Evaluation

Obwohl ein hoher Anteil plastisch-chirurgischer und handchirurgischer Operationen ambulant durchgeführt werden kann und die Ambulantisierung nach Vorgaben der Politik weiter zunehmen soll, zeigt sich seit einigen Jahren bei der Anzahl ambulanter Operationen eine Stagnation bzw. ein Rückgang. Gründe dafür können fehlende Anreize in der RV sein. So weist die Vergütung gleicher Leistungen im ambulanten und stationären Sektor eine große Diskrepanz auf, es erfolgt kein adäquater Inflationsausgleich und die steigenden Investitions-, Hygieneaufwands- und Personalkosten werden nicht ausreichend berücksichtigt. Als Folge können Aufwendungen in chirurgischen Einzelpraxen nicht mehr mit den GKV-Einnahmen gedeckt werden, und der durchschnittliche Reinertrag ist ausschließlich in diesen Praxen von 2015 bis 2019 um fast 10 % gefallen.

Um die Sektorengrenzen aufzubrechen, die Ambulantisierung weiter auszubauen und neue Vergütungssysteme bei ambulanten Operationen zu erproben, hat die BV in den letzten Jahren einen besonderen Stellenwert erlangt. Mit ihrer Hilfe könnte eine effektivere und fairere Versorgung entstehen. Die Effektivität in der Versorgung basiert auf einer Beziehung zwischen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Neben der grundlegenden Untergliederung medizinischer Qualität in die drei Kerndimensionen (63, 66) haben die WHO, die OECD und der Commonwealth Fund weitere Dimensionen hinzugefügt. Die Dimension der Kosten bzw. die Effizienz (Verhältnis zwischen dem erreichten Ergebnis und den aufgewendeten Ressourcen) stellt dabei neben der gerechten Zugänglichkeit zur Versorgung einen wesentlichen Faktor dar. (92)

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*,
BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4_5

Um die Effektivität und die Effizienz aktueller BV-Projekte zu ambulanten Operationen in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie einordnen zu können, wurde eine Evaluation durchgeführt.

Zur Beantwortung der Frage, welche Projekte der BV derzeit in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie in Deutschland existieren, erfolgte die Recherche mittels direkter Kontaktaufnahme mit den größten Krankenkassen und den AOKs, den KVen und in die BV involvierten Managementfirmen sowie eine Internetrecherche. Daneben wurde der Status quo aktuell vertragsärztlich tätiger Plastischer Chirurgen und Handchirurgen erfasst und nach Teilnehmern an der indikationsbezogenen BV gesucht. Auch die Chirurgen wurden direkt kontaktiert.

Die Resonanz lag bei den Krankenkassen bei 64,3 %, bei den KVen bei 64,7 %, bei den gefundenen Managementfirmen bei 66,7 % und bei den Chirurgen bei 57,1 %.

Über die Hälfte der kontaktierten Krankenkassen waren an indikationsbezogenen BV-Projekten hinsichtlich ambulanter Operationen beteiligt, davon 7 zusätzlich im Bereich der Handchirurgie und 2 im Bereich der Plastischen Chirurgie. Von den antwortenden KVen waren 3 an indikationsbezogenen BV-Projekten mit ambulanten Operationen beteiligt, keine im Bereich der beiden Fächer. Allerdings wurde vereinzelt generelles Interesse an solchen Projekten geäußert. Die gefundenen Managementfirmen hatten ihre Sitze über ganz Deutschland verteilt. Sie gaben an, dass über 10.000 Prozeduren in indikationsbezogenen BV-Projekten in ihren Selektivverträgen abgebildet wurden und mehrere tausend Vertragsärzte, darunter Handchirurgen im zwei- bis dreistelligen Bereich und 10 bis 20 Plastische Chirurgen teilnehmen. Zur Qualitätssicherung wurden von einigen Firmen Mindestmengen oder Qualifikationsnachweise vorausgesetzt.

Bei Erfassung der Vertragsärzte wurden 785 stationär und 599 ambulant (486 vertragsärztlich und 113 angestellt) tätige Plastische Chirurgen gefunden. Die Anzahl an tätigen Handchirurgen lag bei 987 stationär und 607 ambulant (485 vertragsärztlich und 122 angestellt), wobei die Angaben der Bundesärztekammer mit den Ergebnissen der Arztsuche über die KVen nicht kongruent waren. Die Anzahl beider Arztgruppen nahm in den letzten 10 Jahren um 97 bzw. 42 % zu, was wahrscheinlich mit der Spezialisierungstendenz in der Weiterbildung zu erklären ist. Die Verteilung auf die Bundesländer zeichnete sich durch eine ausgeprägte Inhomogenität aus, am ehesten durch Verschiebungen des Verhältnisses stationär und ambulant tätiger Ärzte.

Es wurden 42 Vertragsärzte gefunden, die an der BV in der Plastischen Chirurgie und/oder Handchirurgie teilnehmen sollten. 19 waren Plastische Chirurgen und 34 führten die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Größtenteils praktizierten sie in Nord-, West- und Süddeutschland.

Um weitere Informationen zu den BV-Projekten in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie zu erhalten und gleichzeitig die Frage beantworten zu können, wie die beteiligten Plastischen Chirurgen und Handchirurgen die BV im Vergleich zur RV nutzten und bewerteten, wurde eine empirische Studie durchgeführt. Dafür erfolgte die Erstellung eines Fragebogens, der die persönlichen Daten der Leistungserbringer, Daten zu den BV-Projekten, an denen sie teilnahmen, Aspekte zur Wirtschaftlichkeit, Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität abfragte sowie operative Leistungen mit Setting, Vergütung, Anzahl, Komplikationen und Revisionen erfasste. Es wurde ein Pretest durchgeführt, der die Qualität des Fragebogens verbesserte.

Von den 42 kontaktierten Ärzten äußerten 21 Interesse an der Evaluation. Sie erhielten den Fragebogen per Email. Die Rücklaufquote lag bei 71,4 % und damit vergleichsweise hoch für das üblicherweise schwierig zu erreichende Chirurgen-Klientel. Als Grund für die hohe Resonanz wird die persönliche und individuelle Kontaktierung durch einen Kollegen aus dem gleichen Fach und die Notwendigkeit zur Veröffentlichung der Vorteile in der BV angenommen.

Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 51,2 ± 6,3 Jahren, 13,3 % der Teilnehmer war weiblich und 86,7 % männlich. Die Teilnehmer besaßen teilweise mehrere Facharztbezeichnungen. So waren 8 Teilnehmer Fachärzte für Plastische Chirurgie, 7 Fachärzte für Chirurgie und 4 Fachärzte für Unfallchirurgie oder Unfallchirurgie und Orthopädie. 10 Teilnehmer trugen die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Einige Teilnehmer hatten zusätzliche Qualifikationen. 4 Teilnehmer waren in Einzelpraxen, 8 in einer Gemeinschaftspraxis, 3 in Praxisgemeinschaften und 2 in MVZs tätig. 5 waren belegärztlich tätig, 3 konsiliarärztlich. 12 operierten im eigenen OP-Saal. Die bisherige Dauer der Teilnahme an den BV-Projekten lag bei 5,4 ± 5,4 Jahren. Von den Teilnehmern waren 10 selbst oder chirurgische Kollegen Initiator zur Teilnahme am BV-Projekt. Die Initiierungskosten, insbesondere für Ergänzungen des Praxisverwaltungsprogramms, Mitarbeiterschulungen, EDV oder Verwaltungsgebühren lagen bei 338,46 ± 623,88 Euro, wobei teilweise auch gar keine Kosten angefallen waren. Zwar wurden von 10 Teilnehmern regelmäßige Evaluationen im Rahmen der BV-Projekte angegeben, diese wurden aber teils von den Ärzten oder MFAs selbst, manchmal aber auch von Hochschulen oder Qualitätsmanagementeinrichtungen durchgeführt. Der Anteil an BV-Patienten wurde auf jährlich 8,26 ± 8,72 % geschätzt. Als Motivation zur Teilnahme an den BV-Projekten wurden am häufigsten die bessere Vergütung und der höhere Erlös im Gegensatz zur RV angegeben. Das spiegelte sich in der Einschätzung der Wirtschaftlichkeit wider, in der sich die Kandidaten einig waren, dass ihre Teilnahme an der BV zu einem erhöhten Gesamtumsatz in der Praxis führte. Es musste eher nicht in zusätzliche Ausstattung oder Personal

investiert werden. Die Ausgaben für Verbrauchsgüter und Gemeinkosten wurden nur von einzelnen Teilnehmern höher eingeschätzt, während der Kostenaufwand zum Erreichen des Behandlungsziels eher nicht geringer war.

Bei der Erfassung der Leistungsvergütung konnten 30 verschiedene Diagnosen (11 plastisch-chirurgische, 19 handchirurgische) und 35 verschiedene Prozeduren (8 plastisch-chirurgische, 27 handchirurgische) gefunden werden. Jährlich wurden im Durchschnitt 66 Operationen pro Teilnehmer über die BV abgerechnet. Das entsprach für die genannten Leistungen 22,5 % im Evaluationskollektiv.

Die Teilnahme an der BV führte zu einer Ambulantisierung. So wurden 5 Prozeduren aus Kategorie 2 des AOP-Katalogs von 2022 und 4 Prozeduren, die im AOP-Katalog nicht zu finden waren, im Setting als ambulant durchgeführte Operationen angegeben.

Die Vergütung der Operateure nach Abzug der Anästhesiekosten lag statistisch signifikant über den EBM-Sätzen der RV. Dabei gilt zu beachten, dass die Werte für die Vergütung in der BV teilweise sogar als falsch niedrig einzuschätzen sind, weil die Zahlen teilweise nach Abzug des Betriebskostenanteils vorlagen und somit einen exakten Vergleich mit den EBM-Sätzen erschwerten. Es ist von einer mindestens doppelt bis dreifachen, evtl. sogar noch höheren, Vergütung der gleichen Leistung in der BV im Vergleich zur RV auszugehen. Dabei zeigten die Betriebskosten selbst keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Versorgungsarten. Von den Teilnehmern wurde allerdings angemerkt, dass Operationen, in denen Material wie Implantate verwendet werden, meist weiterhin über die RV abgerechnet wurden, weil die Kosten in den Pauschalen nicht abgebildet und in der RV gesondert abrechenbar waren. Hierbei rückten allerdings wieder Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfungen auf den Plan.

Trotz meist KV-unabhängiger Abrechnung in der BV, sahen sich einige KVen gezwungen auf Grund der Bereinigung der Gesamtvergütung Verwaltungskosten zu erheben. Managementfirmen verdienten in der BV meist provisionsbezogen.

Die Struktur- und Prozessqualität in der RV scheint weitestgehend ausgereift zu sein. In der Evaluation wurden nur einzelnen Aspekten, wie einem zusätzlichen Nachweis von Mindestmengen zur Teilnahme an BV-Projekten, zugestimmt. Auffällig war in der Abfrage nach der Ergebnisqualität, dass ein Drittel der Teilnehmer kürzeren Wartezeiten auf einen Arzttermin bei BV-Patienten zustimmte. Hier liegt eine Ähnlichkeit zur Versorgung von PKV-Patienten vor (17), was auch von 8 Teilnehmer bestätigt wurde. Die Vergütung könnte in dem Zusammenhang den Anreiz für schnellere Terminvergaben darstellen. Dagegen spricht, dass häufig erst während der Erstvorstellung klar wird, ob Patienten an der BV teilnehmen wollen und können. Gleichwohl könnte eine Anpassung der

Vergütung bei allen GKV-Patienten derartige Probleme lösen. Die Patientenzufriedenheit wurde in der BV höher einschätzt (allerdings aus der Perspektive der Leistungserbringer). Weitergehend wurden von mehr als der Hälfte der Evaluations-Teilnehmer weniger Krankenhauseinweisungen und von über einem Drittel weniger Doppeluntersuchungen bestätigt.

Der aktuelle Trend hinsichtlich der Erfassung und Bewertung von Ergebnisqualität im operativen Bereich weist auf eine zukünftig sektorenübergreifende Qualitätssicherung hin. So finden bereits bei postoperativen Wundinfektionen sektorenübergreifende Erhebungen und ein Abgleich mit stattgehabten Operationen statt. Im Endeffekt ist bei „rechnerischen Auffälligkeiten“ über einen Abgleich mit den Sozialdaten der Krankenkassen sogar die Information an den Operateur möglich. Inwiefern solche Rückschlüsse zu neuen Sanktionen in der RV führen ist noch unklar. (92) In der Evaluation lagen die Komplikationen und Revisionen in der BV und RV gleich auf. Die Ergebnisse der Evaluation weisen auf eine mindestens gleichgute Qualität bei der untersuchten Leistungserbringung in der BV im Vergleich zur RV hin.

Die Versorgung in derartigen BV-Projekten weisen in der Plastischen Chirurgie und Handchirurgie Vor- und Nachteile auf.

Für Leistungserbringer sind höhere und zeitnahe Vergütungen mit besserer Planbarkeit und Liquidität bei gleicher Leistung wie in der RV attraktiv. Es finden keine Plausibilitätsprüfungen und evtl. weniger Wirtschaftlichkeitsprüfungen statt. Die Pauschalvergütung birgt jedoch bei Komplikationen oder Revisionen die Gefahr einer deutlichen Schmälerung des Honorars. Außerdem besteht üblicherweise nicht die Möglichkeit Materialien wie Implantate gesondert abzurechnen. Die hohen Kosten würden in der BV teilweise das komplette Honorar verbrauchen.

Für die Leistungsträger findet die Vergütung ohne zwischengeschaltete KV statt. Außerdem könnte ein Vorteil hinsichtlich der MGV-Zuordnung dadurch entstehen, dass extrabudgetäre Leistungen der jeweiligen Krankenkasse direkt zugeordnet werden, die Zuordnung der MGV erfolgt aber auf Grundlage der „Bruttoinanspruchnahme“ ihrer Versicherten. (17) Wenn nun bereits die Vorstellung der Patienten in der Sprechstunde durch den Einschluss in dem Pauschalhonorar eine extrabudgetäre Leistung darstellt und die Abrechnung damit nicht innerhalb der MGV erfolgt, so würden die Patienten aus der Bruttoinanspruchnahme ausgeklammert und der Krankenkassen-Anteil an der „Einzahlung“ in den MGV reduziert werden. Meist ist die Erstvorstellung allerdings aus praktischen Gründen nicht im Pauschalhonorar enthalten. Einen weiteren Vorteil für Leistungsträger können niedrigere Ausgaben bei potentiell stationär durchzuführenden Operationen durch die Hybrid-DRGs sein.

Patienten können von einer mindestens gleichwertigen Struktur- und Prozessqualität bei evtl. besserer Ergebnisqualität und bevorzugter Terminvergabe und Behandlung profitieren, auch wenn letztere Vorteile als ethisch kritisch zu beanstanden sind.

Das hohe Ambulantisierungspotential und die effiziente und effektive Versorgung können gesundheitsökonomisch von Vorteil sein. Durch die BV können im Gesundheitswesen neue Versorgungsformen und Vergütungssysteme erprobt und medizinischer Fortschritt implementiert werden. Weitergehend sind agile Anpassungen möglich, die z. B. durch kontinuierliche Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Managementfirmen entstehen. Pauschalierte Vergütungen könnten durch zukünftige Auswertungen ähnlich wie im stationären DRG-System zur besseren Vergleichbarkeit und Optimierung des Systems führen. Der Ausbau der Transparenz hat noch deutliches Verbesserungspotential, was insbesondere Evaluationen für ein lernendes System dienlich wäre.

Durch die Möglichkeit BV-Projekte durchzuführen wird auch der Wettbewerb zwischen Krankenkassen untereinander, Leistungserbringern untereinander, Managementfirmen untereinander und mit den KVen und nicht zuletzt verschiedenen Sektoren untereinander intensiviert. Als Vorteil entsteht damit ein Anreiz zur Innovation, Verbesserung des Service, effizienter Nutzung knapper Ressourcen und Erhöhung der Qualität, während die „Verwirtschaftlichung" den Druck Behandlungsschwerpunkte zu bilden und Leistungsangebote auf lukrative Behandlungen einzuschränken bei den Leistungserbringern erhöhen kann. (95) Das agile System kann dem jedoch jederzeit entgegenwirken.

Der EBM wird ständig weiterentwickelt, allerdings wurde bei der Vergütung ambulanter Operationen noch keine optimale Lösung gefunden. Die Verhandlungen zwischen KBV und GKV-Spitzenverband sind dahingehend erschwert, dass auf Grund der angespannten finanziellen Lage der GKV versucht werden muss eine Kostendämpfung oder gar Ausgabenneutralität zu erreichen. Da dieser Aspekt realistisch betrachtet die Ambulantisierung nicht voranbringen kann, müssten vom BMF erneut zusätzliche Mittel über einen höheren oder ergänzenden Bundeszuschuss mobilisiert werden, um die vom Gesetzgeber selbst gesteckten Ziele erreichen zu können.

Auf Grund der in dieser Arbeit herausgearbeiteten Nachteile der Einzelleistungsvergütung und mit Blick auf die politischen Ziele sollte eine Übernahme der indikationsbezogenen BV in die RV ernsthaft diskutiert werden. Sie führt Hybrid-DRGs mit Gewährleistungsfrist ein, und die leistungserbringenden Vertragspartner können Krankenhäuser oder Vertragsärzte sein, unabhängig davon, ob letztere eine Krankenhausanbindung (z. B. belegärztlich) haben oder nicht.

Gewährleistungsfristen, also Zeiträume, in denen die Kosten für Revisionsoperationen noch in der Pauschale enthalten sind, setzen einen Anreiz für höhere Ergebnisqualität. Die Umsetzung qualitätsorientierter Vergütung („pay for performance") gestaltet sich wesentlich schwieriger. Nachteilen wie Kostensenkungsstrategien und Unterversorgung schwer kranker Patienten könnte zusätzlich mit der Berücksichtigung patientenbezogener Gesamtschweregrade, ähnlich wie im DRG-System, oder nach der vom IGES-Institut vorgeschlagenen Schweregraddifferenzierung begegnet werden. (42) Der Grundstein für eine pauschalierte Vergütung bei ambulanten Operationen ist bereits seit Jahren im AOP-Katalog und § 87 Abs. 2c Satz 5 SGB V gelegt.

5.2 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Evaluation legt in Zusammenschau mit der aktuellen Literatur nahe, dass das Resultat der Erprobung von Fallpauschalen mit Gewährleistungsfrist bei ambulanten Operationen in der BV im Vergleich zur RV im Fachgebiet der Plastischen Chirurgie und in der Handchirurgie hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität gleichwertig und hinsichtlich der Ergebnisqualität sowie der Vergütung als vorteilhaft einzuschätzen ist. Sektorengrenzen wurden aufgebrochen und die Ambulantisierung bei gleichzeitig geringerer nicht-ärztlicher Einflussnahme auf medizinische Entscheidungen weiter ausgebaut. Demnach müsste den politischen Zielen folgend eine entsprechende Anpassung in der RV mit geringen Modifikationen bei bestenfalls gleichzeitiger Verkürzung der Abrechnungszeiten auf Monate statt Quartale und genereller Verringerung der Komplexität umgesetzt werden. Allerdings sollte die Vergütung aufwandsorientiert auf regelmäßig aktualisierter datengestützter Basis erfolgen unter Berücksichtigung der unterschiedlichen strukturellen Anforderungen (z. B. Vorhaltekosten). Die Schaffung derartiger Anreizsysteme (mit einer fairen Vergütung) anstelle von den üblichen Sanktionen könnte die Motivation junger Ärzte der nachfolgenden Generationen zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung und die Motivation der Vertragsärzte zur weiteren Durchführung und dem Ausbau ambulanter Operationen fördern. Massive strukturelle Veränderungen sind mit großer Wahrscheinlichkeit nicht notwendig, da diese modifizierte Form von Hybrid-DRGs (inkl. Schweregraden und Gewährleistungsfrist) sowohl für Krankenhäuser als auch für Vertragsärzte mit oder ohne Anbindung an ein Krankenhaus gelten können. Ob mit dem System eine Ausgabenneutralität in der GKV zu erreichen ist, mag angezweifelt werden. Da die Ambulantisierung aber ein vom Gesetzgeber

gestecktes Ziel ist, sollte die Mobilisierung zusätzlicher Mittel über einen höheren oder ergänzenden Bundeszuschuss eigentlich nicht abwegig sein.

Dadurch dass die BV nicht an die Prozeduren des AOP- oder EBM-Katalogs gebunden ist, hat sie die einzigartige Möglichkeit Ambulantisierungspotentiale weiter zu erproben. Die pauschalierte Vergütung hat ihre Vorteile unter Beweis gestellt und sollte weiterverfolgt werden. Bei BV-Projekten sollte die Möglichkeit in Betracht gezogen werden, eine gesonderte Abrechnung von Sachkosten wie Implantaten außerhalb der Pauschalhonorierung anzubieten, um den Fehlanreiz zur stationären Leistungserbringung oder einem Ausweichen auf die RV bei solchen Prozeduren zu reduzieren. Um eine bessere Vergleichbarkeit zwischen BV-Projekten herzustellen, sollte die Transparenz noch verbessert werden. Damit könnten Evaluationen effektiver werden und wertvolle Informationen für ein ständig lernendes System liefern.

Unabhängig von ihren weiteren Potentialen, könnten die analysierten BV-Projekte durch mehr teilnehmende Leistungserbringer weiter ausgebaut werden, sofern eine Übernahme in die RV oder zumindest deutliche finanzielle Anreize in der RV ausbleiben.

Literaturverzeichnis

1. Simon, B.; Krämer, N. (2021): Zukunft der Gesundheitsversorgung – Vorschläge und Konzepte aus Perspektive der stationären Leistungserbringer. 1. Auflage. Berlin u. a.: Springer.
2. Schröder, S. (2014): Ökonomische Analyse und Bewertung integrierter Versorgungssysteme im Gesundheitswesen – Ansätze einer methodischen Erweiterung aus diffusionstheoretischer Perspektive. Diss., Freie Universität Berlin 2014, verfügbar unter: https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/7896/Dissertation_Verxffentlichung_Susanne_Schrxder.pdf?sequence=1&isAllowed=y (letzter Zugriff: 31.12.2021).
3. Göckler, D.G. (2017): Der Stand besonderer Versorgungsformen nach SGB V und entsprechende Potentiale des Innovationsfonds aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherungen. Masterthesis, Hochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik Berlin 2017, verfügbar unter: https://epidemiologie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc01/epidemiologie/downloads/Masterarbeit_Denes_Göckler_ASH2017.pdf (letzter Zugriff: 31.12.2021).
4. Statistisches Bundesamt (2021): Leistungsfälle der ambulanten ärztlichen und zahnärztlichen Behandlung sowie Zahnersatz bei integrierter Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (Anzahl), verfügbar unter https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_sort_time?p_uid=gast&p_aid=39852171&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=127&p_ansnr=78460384&p_version=6&p_sortorder=a#SOURCES (letzter Zugriff: 29.12.2021).
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Honorarbericht für das erste Quartal 2015 – Sonderthema: Ambulante und belegärztliche operative Eingriffe und ihre Begleitleistungen, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_1-2015.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
6. Kalbe, P. (2015): Abrechnung ambulanter und belegärztlicher Operationen, in: Passion Chirurgie. 10, S. 5–10.
7. AOK (2022): AOP-Katalog 2022, verfügbar unter: https://www.aok.de/gp/fileadmin/user_upload/Krankenhaus/Verwaltung/AOP-Katalog/aop_katalog_2022_abschnitte_1_3.pdf (letzter Zugriff: 18.01.2022).
8. Statistisches Bundesamt (2021): Art der ärztlichen Leistung für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung, Abrechnungsfälle/Leistungsfälle (Anzahl), verfügbar unter:

T. Kisch, *Evaluation der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V*,
BestMasters, https://doi.org/10.1007/978-3-658-39033-4

https://www.gbe-bund.de/gbe/!pkg_olap_tables.prc_set_page?p_uid=gast&p_aid=13993184&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=263&p_ansnr=94817272&p_version=4&D.010=19911 (letzter Zugriff: 16.02.2022).
9. Neumann A (2015): Steigender Kostendruck beim Ambulanten Operieren, in: Passion Chirurgie. 10, S. 23–25.
10. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Honorarbericht 2. Quartal 2020, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Honorarbericht_Quartal_2_2020.pdf (letzter Zugriff: 28.12.2021).
11. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2021): Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM), Stand: 4. Quartal 2021, verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/arztgruppen_ebm.php (letzter Zugriff: 20.02.2022).
12. Kalbe, P. (2015): Trendwende beim Ambulanten Operieren?, in: Passion Chirurgie. 10, S. 3–4.
13. Statistisches Bundesamt (2021): Ambulante Operationen nach § 115 b SGB V im Krankenhaus bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung, Leistungsfälle (Anzahl), verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_olap_tables.prc_set_hierlevel?p_uid=gast&p_aid=39852171&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=295&p_ansnr=37603413&p_version=3&p_dim=D.009&p_dw=3064&p_direction=rollup (letzter Zugriff: 16.02.2022).
14. Albrecht, M., Al-Abadi, T. (2018): Perspektiven einer sektoren übergreifenden Vergütung ärztlicher Leistungen – Vergütungsunterschiede an der Sektorengrenze und Ansatzpunkte zur Entwicklung sektoren übergreifender Vergütungsformen, verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/326059674_Perspektiven_einer_sektorenubergreifenden_Vergutung_arztlicher_Leistungen_-_Vergutungsunterschiede_an_der_Sektorengrenze_und_Ansatzpunkte_zur_Entwicklung_sektorenubergreifender_Vergutungsformen (letzter Zugriff: 16.02.2022).
15. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): BIX 2020, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/BIX2020_Projektbericht.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
16. Freie Ärzteschaft e.V. (2021): Honorare der Praxisärzte müssen verbessert, verfügbar unter: https://freie-aerzteschaft.de/pressemitteilung-vom-21-10-2021/ (letzter Zugriff: 28.12.2021).
17. Greiner, W., Gerlach, F., Brosig-Koch, J., Drösler, S., Felix, D., Haubitz, M., Kingreen, T., Schreyögg, J., Sundmacher, L., Thüsing, G., Ulrich, V., Wallrabenstein, A., Wollenschläger, F (2019): Empfehlungen für ein modernes Vergütungssystem in der ambulanten ärztlichen Versorgung - Bericht der wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/KOMV/Bericht_der_Honorarkommission__KOMV__-_Dezember_2019.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
18. Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (2017): Management im Gesundheitswesen. 4. Auflage. Berlin u. a.: Springer.
19. Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsausgaben 2019: Sozialversicherungsbeiträge mit fast 65 % wichtigste Finanzierungsquelle, verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/06/PD21_260_23611.html (letzter Zugriff: 20.02.2022).

20. Verband der Ersatzkassen (2022): Daten zum Gesundheitswesen: Ausgaben 2022, verfügbar unter: https://www.vdek.com/presse/daten/d_versorgung_leistungsausgaben.html (letzter Zugriff: 20.02.2022).
21. Greß, S (2016): Der kalkulatorische Arztlohn in der ärztlichen Vergütung, in: G+G Wissenschaft. 16(2), S. 15–22.
22. Geschäftsführung des Bewertungsausschusses (2019): Entscheidungserhebliche Gründe TEIL A und TEIL E zum Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Absatz 1 Satz 1 SGB V in seiner 455. Sitzung am 11. Dezember 2019 zur Änderung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) mit Wirkung zum 1. April 2020, verfügbar unter: https://institut-ba.de/ba/babeschluesse/2019-12-11_ba455_eeg_9.pdf (letzter Zugriff: 11.02.2022).
23. IGES Institut GmbH (2010): Plausibilität der Kalkulation des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), verfügbar unter: https://www.iges.com/e6/e1621/e10211/e5280/e5342/e7150/e7784/attr_objs12662/IGES_Institut_Expertise_EBM_ger.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
24. Statistisches Bundesamt (2021): Einnahmen, Aufwendungen und Reinertrag bei Arztpraxen, verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=5842402&p_sprache=D&p_help=2&p_indnr=645&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid= (letzter Zugriff: 04.01.2022).
25. Farghal, D., Kalbe, P. (2019): Entwicklung der Versicherungsprämien für niedergelassene Chirurgen, in: Passion Chirurgie. 9, S. 25–8.
26. Bundesärztekammer (2021): (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 26.06.2021, verfügbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20210630_MWBO_2018.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
27. Bundesgesundheitsministerium (2021): Kassenärztliche Vereinigungen, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/kassenaerztliche-vereinigungen.html (letzer Zugriff: 12.01.2022).
28. Bundesgesundheitsministerium (2021): Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband), verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/selbstverwaltung/spitzenverband-bund-der-krankenkassen-gkv-spitzenverband.html (letzter Zugriff: 12.01.2022).
29. Gemeinsamer Bundesausschuss (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinie: Zusammenlegung der Facharztgruppen Chirurgen und Orthopäden, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3505/2018-09-20_BPL-RL_Zusammenlegung-Chirurgen-Orthopäden_BAnz.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
30. Gemeinsamer Bundesausschuss (2008): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2622/BPL-RL_2021-07-15_iK-2021-09-30.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
31. Kassenärztiche Bundesvereinigung (2008): Rahmenvereinbarung für Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/RahmenvereinbarungQS-Vereinbarungen.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).

32. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_QS-Richtlinien.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
33. GKV-Spitzenverband (2011): Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren. verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung_1/qs_sonstige_vereinbarungen/QS-Vereinbarung_Ambulantes_Operieren_2011_18323.pdf (letzer Zugriff: 15.01.2022).
34. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2015): Arthroskopie-Vereinbarung, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Arthroskopie.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
35. Gemeinsamer Bundesausschuss (2020): Qualitätssicherungs-Richtlinie zur Liposuktion bei Lipödem im Stadium III/QS-RL Liposuktion, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2243/QS-Maßnahmen_Liposuktion-Lipoedem_2020-06-18_iK-2020-09-16.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
36. GKV-Spitzenverband (2020): Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 2020, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/qualitaetssicherung/qualitaetssicherung_1/qs_sonstige_vereinbarungen/2020-10-01_Strahlendiagnostik_und_-therapie.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
37. Statistisches Bundesamt (2021): Gesundheitsberichterstattung des Bundes, verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/ (letzter Zugriff: 20.02.2022).
38. GKV-Spitzenverband (2021): Ambulantes Operieren nach § 115b SGB V, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/ambulantes_operieren_115_b/ambulantes_operieren_115_b.jsp (letzter Zugriff: 20.02.2022).
39. GKV-Spitzenverband (2014): Ambulantes Operieren und sonstige stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus, verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/amb_stat_vers/ambulantes_operieren/aop_vertrag/2014_04_08_KH_AOP-Vertrag_2014_final.pdf (letzter Zugriff: 26.12.2021).
40. Volkert, A., Scholten, N. (2019): Das Belegarztwesen im sektorenübergreifenden Wettbewerb: Versorgungsspektrum, Interdependenzen und Versorgungsunterschiede, verfügbar unter: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Gutachten/zi-gutachten-belegarztwesen-endbericht.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
41. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2624/MVV-RL_2021-07-15_iK-2021-10-05.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).
42. IGES Institut GmbH (2022): Gutachten nach § 115b Abs. 1a SGB V, verfügbar unter: https://www.iges.com/sites/igesgroup/iges.de/myzms/content/e6/e1621/e10211/e27603/e27841/e27842/e27844/attr_objs27939/IGES_AOP_Gutachten_Kurzfassung_032022_ger.pdf (letzter Zugriff: 19.06.2022).
43. Nyszkiewicz, R., Becker, K., Engelhardt, T.O., Hakimi, M., Lautenbach, M., Millrose, M., Mühldorfer-Fodor, M., Obladen, A., van Schoonhoven, J. (2020): Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie zur ambulanten Leistungserbringung handchirurgischer Operationen, in: Handchirurgie Mikrochrurgie Plastische Chirurgie. 52, S. 244–8.

44. Sorock, G.S., Lombardi, D.A., Courtney, T.K., Cotnam, J.P., Mittleman, M.A. (2001): Epidemiology of occupational acute traumatic hand injuries: a literature review, in: Safety Science. 38(3), S. 241–56.
45. Graf von Finckenstein, J. (2000): Plastische Chirurige - Was die Kassen als Krankheit anerkennen, in: Deutsches Ärzteblatt. 97(4), S. A157–A159.
46. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2015): S1–Leitlinie Lipödem – AWMF Registernummer 037–012, verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/037-012l_S1_Lipoedem_2016-01-abgelaufen.pdf (letzter Zugriff: 20.02.2022).
47. Kruppa, P., Georgiou, I., Biermann, N., Prantl, L., Klein-Weigel, P., Ghods, M. (2020): Lipödem – Pathogenese, Diagnostik und Behandlungsoptionen, in: Deutsches Ärzteblatt. 117, S. 396–403.
48. Gemeinsamer Bundesausschuss (2021): Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung, verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2506/HeilM-RL_2021-03-18_iK-2021-07-01 (letzter Zugriff: 18.01.2022).
49. Podda, M., Kovacs, M., Hellmich, M., Roth, R., Zarrouk, M., Kraus, D., Prinz-Langenohl, R., Cornely, O.A. (2021): A randomised controlled multicentre investigator-blinded clinical trial comparing efficacy and safety of surgery versus complex physical decongestive therapy for lipedema (LIPLEG), in: Trials. 22(1), S. 758.
50. Bundesministerium für Gesundheit (2022): Durchschnittliche Lebenserwartung, verfügbar unter: https://www.gbe-bund.de/gbe/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=9055 (letzter Zugriff: 07.01.2022).
51. GKV-Spitzenverband (2021): Preise zum Vertrag nach § 125 Abs. 1 SGB V (neu) Physiotherapie, verfügbar unter: https://www.gkv-heilmittel.de/media/dokumente/heilmittelpreise/Preise-Physiotherapie_Stand_21-07-21_gueltig_ab_01-12-21.pdf (letzter Zugriff: 07.01.2022).
52. DRG Research Group (2022): Webgrouper 2022, verfügbar unter: https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112 (letzter Zugriff: 16.01.2022).
53. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2022): Honorarverhandlungen für 2022 nach zähem Ringen beendet – Orientierungswert steigt um 1,275 Prozent, verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_54381.php (letzter Zugriff: 19.06.2022).
54. Statistisches Bundesamt (2021): Inflation rate in 2021: +3.1% on a year earlier, verfügbar unter: https://www.destatis.de/EN/Press/2022/01/PE22_025_611.html (letzter Zugriff: 20.02.2022).
55. IKK (2022): Innungskrankenkassen fordern eine langfristige Finanzierungsbasis für die GKV, verfügbar unter: https://www.ikkev.de/fileadmin/Daten/Pressetexte/2022-03-17_MV_Ref_FinStG.pdf (letzter Zugriff: 20.06.2022).
56. Bundesgesundheitsministerium (2022): GKV-Finanzstabilisierungsgesetz, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/gesetze-und-verordnungen/guv-20-lp/gkv-finstg.html (letzter Zugriff: 27.07.2022).
57. Kassenärztliche Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband (2022): Bundesmantelvertrag – Ärzte, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/BMV-Aerzte.pdf (letzter Zugriff: 15.01.2022).

58. IWW Institut (2020): EBM-Reform 2020, in: Abrechnung aktuell. Sonderausgabe EBM-Reform, S. 1–21.
59. KV Hessen (2021): Simultaneingriffe richtig abrechnen, in: Auf den Punkt. 1, S. 44–46.
60. Bundesamt für soziale Sicherung (2022): Vertragstransparenzstelle, verfügbar unter: https://vertragstransparenzstelle.bundesamtsozialesicherung.de (letzter Zugriff: 29.01.2022).
61. Czysz, A. (2021): Mitglieder und Versicherte je Krankenkasse, verfügbar unter: https://www.krankenkasseninfo.de/zahlen-fakten/mitgliederzahlen/ (letzer Zugriff: 02.01.2022)
62. Wirtz, M.A., Bitzer, E.M., Albert, U.-S., Ansmann, L., Bögel, M., Ernstmann, N., Hollederer, A., Hower K.I., Nowak, M., Vollmar, H.C. (2019): DNVF-Memorandum III – Methoden für die Versorgungsforschung, Teil 4 – Konzept und Methoden der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, in: Gesundheitswesen. 81, S. e82–e91.
63. Dröschel, D., Stendera, M., Imkamp, U. (2017): Analysen, Evaluation im Versorgungsmanagement, in: Weatherly, J.N. (Hrsg.): Versorgungsmanagement in der Praxis des Deutschen Gesundheitswesens, Berlin u. a.: Springer, S. 285–327.
64. Bortz, J., Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Berlin u. a.: Springer.
65. Bundesministerium für Gesundheit (2021): Kriterienkatalog für Zukunftsprojekte, verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/I/IT-Gipfel_Telemedizin/Kriterienkatalog_Zukunftsprojekte_Telemedizin_121121.pdf (letzter Zugriff: 03.02.2022).
66. Donabedian, A. (2005): Evaluating the Quality of Medical Care, in: The Milbank Quarterly. 83(4), S. 691–729.
67. Hedderich, J., Sachs, L. (2020): Angewandte Statistik. 17. Auflage. Berlin u. a.: Springer.
68. Statista (2021): Anzahl der Mitglieder und Versicherten der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung in den Jahren 2014 bis 2020, verfügbar unter: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/155823/umfrage/gkv-pkv-mitglieder-und-versichertenzahl-im-vergleich/ (letzter Zugriff: 02.01.2022).
69. BKK Dachverband (2021): Gesamt-BKK Liste Stand 2021, verfügbar unter: https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/BKK_DV/Mitglieder/Gesamt_BKK-Liste_Stand_2021_11_01_final.pdf (letzter Zugriff: 02.01.2022)
70. Czysz, A. (2021): Die größten Krankenkassen: Versicherte 2021, verfügbar unter: https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/versicherte/aktuell/ (letzter Zugriff: 02.01.2022).
71. Czysz, A. (2021): Nettoverwaltungskosten je Versicherten 2021, verfügbar unter: https://www.krankenkassen.de/krankenkassen-vergleich/statistik/finanzen/verwaltungskos ten/ (letzter Zugriff: 02.01.2022).
72. Greß, S (2006): Regulated competition in social health insurance: A three-country comparison, in: International Social Security Review. 59(3), S. 27–47.
73. Osterloh, F., Schmitt-Sausen, N. (2010): Krankenkassenfusionen: Größer, stärker, mächtiger - Wie sich die Krankenkassen neu aufstellen und dadurch das Gesundheitssystem verändern, in: Deutsches Ärzteblatt. 107(9), S. A367–A369.

74. KV Sachsen-Anhalt (2022): Handchirurgie, verfügbar unter: https://www.kvsa.de/praxis/vertragsaerztliche_taetigkeit/qualitaet/genehmigungen/handchirurgie.html (letzter Zugriff: 01.01.2022).
75. Krollner, B. (2022): ICD-Code, verfügbar unter: https://www.icd-code.de (letzter Zugriff: 16.01.2022)
76. Kaiser, P., Keller, M., Dorler, J., Schmidle, G. (2018): Wide-awake-Technik in der Handchirurgie anhand von Anwendungsbeispielen, in: Operative Orthopädie und Traumatologie. 30(3), S. 195–209.
77. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018): Berufsmonitoring Medizinstudierende 2018, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/Berufsmonitoring_Medizinstudierende_2018.pdf (letzer Zugriff: 16.01.2022).
78. Brademann, I., Piorr, R. (2019): Generation Z - Analyse der Bedürfnisse einer Generation auf dem Sprung ins Erwerbsleben, in: Heermeier, B., Heupel, T., Fichtner-Rosada, S. (Hrsg.): Arbeitswelten der Zukunft, Wiesbaden: Springer, S. 345–360.
79. Bundesministerium der Justiz (2022): Bundesanzeiger, verfügbar unter: https://www.bundesanzeiger.de (letzter Zugriff: 09.01.2022).
80. KV Brandenburg (2013): Abrechnungsordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, verfügbar unter: https://www.kvbb.de/fileadmin/kvbb/dam/praxis/kvbb vertraege/rechtsquellen/abrechnungsordnung_2013.pdf (letzter Zugriff: 09.01.2022).
81. KV Berlin (2019): Abrechnungsordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, verfügbar unter: https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/rechtsquellen/abrechnungsordnung_kvbe_2020.pdf (letzter Zugriff: 09.01.2022).
82. KV Sachsen (2019): Abrechnungsordnung, verfügbar unter: https://www.kvs-sachsen.de/fileadmin/data/kvs/downloads/vertrag/Abrechnungsordnung2020.pdf (letzer Zugriff: 09.01.2022)
83. KV Bremen (2021): Haushalt 2022: Verwaltungskostenumlage bleibt stabil 2021, verfügbar unter: https://www.kvhb.de/praxen/nachrichten/detail/haushalt-2022-verwaltungskostenumlage-bleibt-stabil (letzter Zugriff: 09.01.2022)
84. KV Mecklenburg-Vorpommern (2020): Journal Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, verfügbar unter: https://www.kvmv.de/export/sites/default/.galleries/downloadgalerie_kvmv/presse/publikationen_pdfs/journal_pdfs/2020/Journal_Dezember_2020.pdf (letzter Zugriff: 09.01.2022)
85. Giancotti, M., Guglielmo, A., Mauro, M. (2017): Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search, in: PLoS One. 12(3), S. e0174533.
86. Spitzer, S.G., Ulrich, V., Wille, E., Sundmacher, L., Albrecht, M., Schlegel, T., Zerth, J., Rebscher, H., Seißler, D., Meusch, A., Jaeckel, R., Roski, R., Knieps, F. (2020): Intersektorale Versorgung im deutschen Gesundheitswesen: Gegenwart und Zukunft - Analysen und Perspektiven. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
87. Burgdorf, F., Lorenz, R., Dittrich, S., Karst, J. (2022): Ambulantes Operieren - Zukunft oder Irrweg?, in: Passion Chirurgie. 12, S. 7–10.
88. Ballast, T. (2018): TK-Vergütungsmodell, Schneise im Dschungel, in: Führen und Wirtschaften im Krankenhaus. 2, S. 160–162.
89. GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft (2021): Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2021, verfügbar unter: https://www.g-drg.de/aG-DRG-System_2021/Abrechnungsbestimmungen/FPV_2021 (letzter Zugriff: 09.01.2022).

90. Beivers, A., Emde, A. (2020): DRG-Einführung in Deutschland: Anspruch, Wirklichkeit und Anpassungsbedarf aus gesundheitsökonomischer Sicht, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin u. a.: Springer, S. 3–24.
91. Busse, R., Eckhardt, H., Geraedts, M. (2020): Vergütung und Qualität: Ziele, Anreizwirkungen, internationale Erfahrungen und Vorschläge für Deutschland, in: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich J., Wasem, J., Beivers, A. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2020. Berlin u. a.: Springer, S. 207–230.
92. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020): Qualitätsbericht 2020/Berichtsjahr 2019. 2020, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Qualitaetsbericht_2020.pdf (letzter Zugriff: 13.02.2022).
93. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019): Fragebogen eZAP 2019, verfügbar unter: https://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Deutsch.pdf (letzter Zugriff: 13.02.2022).
94. Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2019): Vermeidung nosokomialer Infektionen – postoperative Wundinfektionen (QS WI), verfügbar unter: https://iqtig.org/qs-verfahren/qs-wi/ (letzter Zugriff: 13.02.2022).
95. Bundeskartellamt (2021): Sektorenuntersuchung Krankenhäuser, verfügbar unter: https://www.bundeskartellamt.de/SharedDocs/Publikation/DE/Sektoruntersuchungen/Sektoruntersuchung_Krankenhaeuser.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (letzter Zugriff: 13.02.2022).